



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

**Bekostiging van de huisartsenzorg:
Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007**

C.E. van Dijk
R.A. Verheij
D.H. de Bakker

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-890-0

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

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Doel van het onderzoek	5
1.3 Vogelaarakkoord: nieuwe honoreringssysteem voor de huisartsenzorg	5
1.3.1 Inschrijftarief	5
1.3.2 Consulttarief	6
1.3.3 Passantentarief	6
1.3.4 Modernisatie en Innovatie (M&I) verrichtingen	7
1.4 Eerdere monitor Vogelaarakkoord	7
1.5 Vraagstelling en opbouw van het rapport	7
2 Methode	9
2.1 Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)	9
2.2 Praktijken en patiënten	9
2.3 Statistische toetsen	10
3 Wat wordt er gedeclareerd en wat zijn de kosten?	11
3.1 Methode	11
3.2 Verrichtingen van de huisarts	12
3.3 Verrichtingen van de praktijkondersteuner	14
3.4 POH-praktijk versus niet-POH-praktijk: verrichtingen van de huisarts	16
3.5 Verrichtingen Modernisering en Innovatie (M&I)	19
3.6 Conclusie	19
4 Ontwikkelingen 2006-2007 in het gebruik van huisartsenzorg	21
4.1 Methode	21
4.2 Veranderingen in het aantal zorgcontacten	22
4.3 Veranderingen in gedeclareerde zorgcontacten	22
4.4 Conclusie	23
5 Hoe worden de passantentarieven gehanteerd	25
5.1 Methode	25
5.2 Resultaten	26
5.3 Conclusie	27
6 Substitutie ten gevolge van de module Modernisatie en Innovatie (M&I)	29
6.1 Methode	29
6.2 Resultaten	32
6.3 Conclusie	32

7 Conclusie en discussie	35
7.1 Samenvatting	35
7.2 Vergelijking met eerdere rapportage Te Brake et al.	36
7.3 Sterke en zwakke punten	37
7.4 Conclusie	38
Literatuur	39
Bijlage I: Multilevel-analyse	41

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Op 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringswet (ZVW) geïntroduceerd, met grote gevolgen voor zowel zorggebruikers als zorgverleners in Nederland. Het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere verzekerde patiënten is verdwenen. Er is een wettelijke verzekering gekomen voor iedereen. Doelstellingen van de nieuwe zorgverzekeringswet zijn: meer doelmatigheid, minder centrale sturing en goede toegankelijkheid. Hiermee wil de overheid de betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg waarborgen. Met de introductie van de ZVW is er tevens een nieuw bekostigingssysteem voor de huisartsen van kracht geworden. In plaats van een apart honoreringssysteem voor particulier- en ziekenfonds-verzekerde patiënten is er een honoreringssysteem dat voor alle patiënten geldt. Het nieuwe honoreringssysteem voor de huisartsen is vastgelegd in het zogenaamde Vogelaarakkoord en combineert een abonnementshonorarium en een verrichtingssysteem. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de gevolgen van de stelselherziening voor de Nederlandse huisartsenzorg. Dit rapport is het vervolg op de rapportage Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging (Te Brake et al., 2007), waarin de financiële gevolgen van de stelselherziening in kaart werden gebracht voor 2006.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van dit rapport is een bijdrage te leveren aan de evaluatie van het Vogelaarakkoord, waarbij de focus net als bij het voorgaande rapport ligt op de financiën en niet direct op de inhoud van de zorgverlening. Hierin zal de ontwikkeling van het honoreringssysteem worden geëvalueerd voor het eerste en tweede halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007.

1.3 Vogelaarakkoord: nieuwe honoreringssysteem voor de huisartsenzorg

Het bekostigingssysteem voor de huisartsen bestaat uit 4 onderdelen.

1.3.1 *Inschrijftarief*

Allereerst is er een inschrijftarief per ingeschreven patiënt waarvan de hoogte wordt bepaald aan de hand van leeftijd en achterstandswijk (tabel 1.1). Het inschrijftarief is verdeeld in 4 gelijke periodes. Verder geldt er een opslag op het inschrijftarief voor praktijken met een praktijkondersteuner, praktijken met achterstandswijkproblematiek en praktijken die deelnemen aan de NHG-praktijkaccreditatie in het kader van het seniorenbeleid voor huisartsen of voor specifieke projecten op het terrein van zorg voor chronisch zieken. Tevens krijgt de huisartsenpraktijk € 1,- per patiënt per jaar als deze de declaraties digitaal aanlevert.

Tabel 1.1: Inschrijftarieven gedifferentieerd naar leeftijd en achterstandswijk

Tariefomschrijving	Tarief (per jaar)
Verzekerden <65 jaar, geen achterstandswijk	€ 52,00
Verzekerden 65-75, geen achterstandswijk	€ 58,80
Verzekerden >75, geen achterstandswijk	€ 61,60
Verzekerden <65 jaar, wel achterstandswijk	€ 58,80
Verzekerden 65-75, wel achterstandswijk	€ 66,00
Verzekerden >75, wel achterstandswijk	€ 68,80
<i>Opslag inschrijftarief</i>	
Digitaal aanleveren van declaraties	€ 1,00
Praktijkondersteuner	€ 6,40
NHG-praktijkaccreditatie	€ 1,56
Achterstandsfonds	€ 6,00

1.3.2 *Consulttarief*

Als tweede is er een regulier consulttarief dat vastgesteld is op € 9,- per consulteenheid. Consulteenheden zijn voornamelijk van belang in financiële aard: verschillende verrichtingen hebben verschillende consulteenheden. Onder het consulttarief kunnen verrichtingen (consulten, visites, herhaalrecepten e.d.), worden gedeclareerd voor de huisarts en voor de praktijkondersteuner in het kader van de praktijkondersteuning huisarts (POH). In het vervolg zullen deze verrichtingen huisarts-verrichtingen en POH-verrichtingen worden genoemd. Tabel 1.2 geeft een overzicht van de consulteenheden en tarieven voor de verrichtingen van de praktijkondersteuner en de huisarts.

Tabel 1.2: Consulteenheden en tarieven voor verrichtingen van de huisarts en de praktijkondersteuner

	Aantal consulteenheden	Huisarts en POH Tarief	Passantentarium
Consult <20 minuten	1	€ 09,00	€ 24,80
Consult >20 minuten	2	€ 18,00	€ 49,60
Visite <20 minuten	1,5	€ 13,50	€ 37,20
Visite >20 minuten	2,5	€ 22,50	€ 62,00
Telefonisch consult	0,5	€ 04,50	€ 12,40
Herhalingsrecept	0,5	€ 04,50	€ 12,40
Vaccinatie	0,5	€ 04,50	€ 12,40
E-mailconsult	0,5	€ 04,50	€ 12,40

1.3.3 *Passantentarium*

Verder is er een passantentarium dat op € 24,80 per consulteenheid is vastgesteld. In dit kader wordt de huisarts beloond voor consulten, visites e.d. bij patiënten die niet ingeschreven staan in de praktijk en die bovendien niet in dezelfde gemeente wonen. In het oude systeem kon een passantentarium worden gedeclareerd voor alle niet-ingeschreven patiënten, ongeacht woonplaats. De consulteenheden komen overeen met de consulteenheden van de regulier verrichtingen van de huisarts en de praktijkondersteuner (tabel 1.2).

1.3.4 Modernisatie en Innovatie (M&I) verrichtingen

Als laatste kunnen in het kader van de module modernisering en innovatie (M&I) verrichtingen worden gedeclareerd waarvan wordt gedacht dat zij substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn (bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen) of de kwaliteit van de zorg verbeteren (bijvoorbeeld cognitieve functietest). Verzekeraars en huisartsen zijn vrij te kiezen voor welke zogenaamde M&I-verrichtingen zij een onderlinge overeenkomst aangaan en verzekeraars kunnen variëren in het te honoreren tarief.

Voor een uitgebreide beschrijving van het nieuwe honoreringssysteem verwijzen we naar het Vogelaarvoorstel (Vogelaar, 2005).

Het doel van het nieuwe honoreringssysteem was om de goede eigenschappen van de verschillende honoreringssystemen te combineren. Enerzijds met een abonnements-honorarium, waardoor er een band kan ontstaan tussen patiënt en huisarts en anderzijds een verrichtingentarief om loon naar werk te verschaffen. Om de kosten van de totale gezondheidszorg zo laag mogelijk te houden is substitutie van de tweede naar de eerste lijn van groot belang. Zorg in de eerste lijn is over het algemeen goedkoper dan zorg in de specialistische zorg in de tweede lijn. Dit tracht de overheid te bewerkstelligen met de module Modernisatie en Innovatie.

1.4 Eerdere monitor Vogelaarakkoord

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het NIVEL eerder onderzoek gedaan naar de financiële gevolgen van de stelselwijziging voor de Nederlandse huisartsenzorg in het eerste jaar na invoering (Te Brake et al., 2007). In dit rapport kwam naar voren dat het aantal gedeclareerde consulteenheden van de huisarts 17% hoger was dan waarvan, bij de totstandkoming van het Vogelaarakkoord, werd uitgegaan. De grootste toename in financiële termen werd gevonden bij de lange consulten, lange visites en herhaalrecepten. Echter, het aantal zorgcontacten steeg nauwelijks, en dan alleen nog bij voormalig particuliere patiënten.

In de eerdere rapportage werd ook gekeken of het vernieuwde passantentarief goed werd toegepast. Uit het onderzoek bleek dat het passantentarief slechts in één derde van de gevallen terecht werd gedeclareerd. Als laatste werd gekeken naar een mogelijk substitutie effect van de M&I-verrichtingen. Er werd geen substitutie-effect gevonden voor M&I-verrichtingen. Huisartsenpraktijken die meer M&I-verrichtingen declareerden, hadden niet een geringer aantal verwijzingen.

1.5 Vraagstelling en opbouw van het rapport

Dit rapport is opgebouwd rond een aantal vraagstellingen die in afzonderlijke hoofdstukken aan de orde zullen komen. Allereerst zal in **hoofdstuk 2** eerst in worden gegaan op de gebruikte methode.

Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van de totale kosten voor de verschillende delen van de huisartsengezondheidszorg gaan we in **hoofdstuk 3** in op de vraag:

- 1) *Hoe ontwikkelen de aantallen gedeclareerde verrichtingen zich per halfjaar in vergelijking tot de voorgaande periode?*

We beantwoorden deze vraag aan de hand van het aantal gedeclareerde verrichtingen van de huisarts, de POH-er, en M&I-verrichtingen. De verrichtingen worden uitgesplitst naar type contact (visites, consulten, et cetera). Daarnaast wordt er onderscheid gemaakt tussen praktijken met en zonder een praktijkondersteuner. Praktijken met een praktijkondersteuner declareren naast huisartsverrichtingen ook POH-verrichtingen, waardoor het aantal en soort huisartsverrichtingen kan afwijken van een praktijk zonder praktijkondersteuner.

Naast het aantal gedeclareerde verrichtingen, zal in **hoofdstuk 4** gekeken worden naar het aantal zorgcontacten en het percentage zorgcontacten dat gedeclareerd wordt. Hierdoor wordt de relatie tussen werklast en honorering van de huisartsenpraktijk inzichtelijk. In dit hoofdstuk zullen de volgende vragen worden beantwoord.

- 2)
 - a. *Hoe ontwikkelt het aantal zorgcontacten per halfjaar in vergelijking tot de voorgaande periode; en is hier bij voormalig particulier en ziekenfonds patiënten een wijziging opgetreden?*
 - b. *Hoe ontwikkelt het aantal gedeclareerde verrichtingen tot het totaal aantal contacten; en is hier bij voormalig particulier en ziekenfonds patiënten een wijziging opgetreden?*

In **hoofdstuk 5** worden de gedeclareerde passantenarieven nader bekeken. De passantenarieven mogen met ingang van 2006 slechts worden gedeclareerd bij patiënten die niet in de eigen praktijk staan ingeschreven en die niet in dezelfde gemeente woonachtig zijn als waar de praktijk is gevestigd. Aan de hand van de volgende vraag wordt de ontwikkeling van het passantentarieff onderzocht:

- 3) *Hoe ontwikkelt het aantal terecht gedeclareerde passantencontacten zich?*

Als laatste wordt in **hoofdstuk 6** gekeken naar de ontwikkeling van de M&I-module. Een belangrijk onderdeel van deze module was het bevorderen van substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Aan de hand van de laatste vraag wordt gekeken in hoeverre substitutie daadwerkelijk plaats heeft gevonden.

- 4) *In hoeverre is er sprake van een verband tussen het aantal gedeclareerde M&I-verrichtingen en het aantal geregistreerde verwijzingen naar de tweede lijn.*

In **hoofdstuk 7** zal een samenvatting worden gegeven, ingegaan worden op de sterke en zwakke punten van het onderzoek en een algemene conclusie worden gegeven.

2 Methode

In dit hoofdstuk gaan we alleen in algemene zin in op de gehanteerde onderzoeksmethode. Meer gedetailleerde informatie is te vinden in de desbetreffende hoofdstukken.

2.1 Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)

De gegevens in deze rapportage zijn afkomstig uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsen (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiënten dossiers (EPD's) van ongeveer 95 huisartsenpraktijken. De LINH-huisartsen registreren continu alle voorkomende aandoeningen met behulp van ICPC-codes (Wood et al., 1987), en daarnaast alle contacten, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen in het EPD. Deze gegevens worden twee keer per jaar uit de computersystemen van de praktijk geëxtraheerd naar een centrale database. Voor een aantal praktijken vindt om logistieke redenen de extractie 1 keer plaats aan het eind van ieder kalenderjaar. Tevens worden met deze data de verrichtingen en inschrijftarieven geëxtraheerd. Deze verrichtingen kunnen worden getypeerd op basis van verrichtingencodes die zijn vastgesteld door CTG-Zaio, thans Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (CTG-Zaio, 2006). Het LINH is een samenwerkingsproject van LHV, NHG, NIVEL en WOK. Deze laatste twee zijn verantwoordelijk voor de praktische uitvoering. Meer hierover is te vinden op www.linh.nl (Verheij et al., 2007)

2.2 Praktijken en patiënten

In de analyses werd per half jaar het aantal betrokken praktijken bepaald. In totaal werden in het eerste halfjaar van 2006 92 praktijken meegenomen, in het tweede halfjaar van 2006 93 en in het eerste halfjaar van 2007 86. Niet alle praktijken konden voor alle analyses worden meegenomen, doordat niet alle gegevens beschikbaar waren voor alle praktijken. Het verschil in aantal praktijken heeft verschillende oorzaken. Ten eerste vindt er binnen het LINH een natuurlijk verloop in huisartsenpraktijken plaats doordat huisartspraktijken afvallen en nieuwe huisartspraktijken worden toegevoegd. Specifiek voor 2007 geldt dat sommige praktijken nog geen volledige gegevensset hadden kunnen aanleveren. Doorgaans liggen hier automatiseringstechnische redenen aan ten grondslag.

Cijfers over aantallen gedeclareerde verrichtingen, zorgcontacten en passantentarieven worden uitgedrukt per 1.000 patiënten. Binnen deze praktijken stonden in het eerste halfjaar van 2006 343.627 patiënten ingeschreven, in het tweede halfjaar van 2006 339.612 en in het eerste halfjaar van 2007 308.748

De aantallen declaraties zullen zowel worden uitgedrukt in absolute aantallen als in consulteenheden.

2.3 Statistische toetsen

Bij analyses die betrekking hebben op steekproefgegevens (zoals in LINH het geval is), is het van belang te weten of verschillen tussen groepen of verschillen in de tijd verklaard kunnen worden door toeval of niet. Waar mogelijk zijn verschillen getoetst op significantie. Voor het toetsen van de ontwikkeling in verrichtingen, zorgcontacten en passanten-tarieven in de tijd, verschillen tussen POH- en niet-POH-praktijken en verschillen tussen voormalig ziekenfonds en particulier verzekerden is gebruik gemaakt van multilevel analyses. In de multilevel analyses worden twee niveaus onderscheiden: niveau 1 is de tijd en niveau 2 is de praktijk. De multilevel analyses zijn uitgevoerd in MLwiN 2.02. In bijlage I wordt een uitgebreid overzicht gegeven van de gebruikte vergelijkingen en uitkomsten van de multilevel analyses.

3 Wat wordt er gedeclareerd en wat zijn de kosten?

In dit hoofdstuk bekijken we hoe het aantal gedeclareerde verrichtingen (POH, Huisarts en M&I) zich heeft ontwikkeld over het eerste en tweede halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007. Allereerst zal afzonderlijk gekeken worden naar de huisartsverrichtingen en de POH-verrichtingen. Vervolgens zal worden gekeken hoe het aantal huisartsenverrichtingen verschilt voor een praktijk met én een praktijk zonder een praktijkondersteuner. Als laatste zal worden gekeken naar de ontwikkeling van het aantal M&I-verrichtingen.

3.1 Methode

Tabel 3.1 geeft het aantal praktijken en patiënten per periode weer voor alle praktijken, praktijken met een praktijkondersteuner en praktijken zonder praktijkondersteuner. Om er voor te zorgen dat de verschillende periodes vergelijkbaar waren, werd er in alle analyses gestandaardiseerd voor leeftijd en al dan niet wonend in een achterstandswijk. Nielen et al. (2007) vonden in hun onderzoek dat mensen in een achterstandswijk een grotere kans hebben op ziektes. Voor de standaardisatie werd gebruikt gemaakt van cijfers uit de rapportage Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2003 (Devillé et al., 2003) en van het CBS (CBS, 2007)¹

Tabel 3.1: Aantal praktijken en patiënten voor analyses

	1 ^e halfjaar 2006	2 ^e halfjaar 2006	1 ^e halfjaar 2007
Alle praktijken			
Aantal praktijken			
Aantal patiënten (x 1.000)	92	93	86
POH-praktijken	343	341	304
Aantal praktijken			
Aantal patiënten (x 1.000)	52	51	53
Niet-POH-praktijken	230	222	215
Aantal praktijken			
Aantal patiënten (x 1.000)	40	42	33

¹ De referentiegroep werd gebaseerd op de rapportage Herijking stedelijke achterstandsgebieden (Devillé et al., 2003) en CBS-gegevens uit 2003 (CBS, 2007). Uit het herijking stedelijke achterstandsgebieden werd het aantal inwoners en de samenstellingen in leeftijdsgroepen voor achterstandswijken gebruikt. Tevens werd de samenstelling in leeftijdsgroepen van niet achterstandswijken uit deze rapportage gebruikt. Voor het totaal aantal inwoners werd gebruik gemaakt van CBS-gegevens uit 2003. Door deze 2 data samen te voegen kon een kruistabel worden gemaakt naar leeftijdscategorie en al dan niet wonend in een achterstandswijk. De LINH-gegevens zijn daarna gestandaardiseerd voor leeftijd en achterstandswijk (bepaald aan de hand van gedeclareerde inschrijftarieven).

De aantallen verrichtingen zullen in deze rapportage enkel beschrijvend besproken worden en zowel worden uitgedrukt in absolute aantallen als in consulteenheden. Een consulteenheid is voornamelijk belangrijk in financiële zin (tabel 1.2).

3.2 Verrichtingen van de huisarts

Een overzicht van het aantal gedeclareerde verrichtingen van de huisarts is weergegeven in tabel 3.2. Per 1.000 patiënten werden in totaal 2585 verrichtingen gedeclareerd in de eerste helft van 2006, 2569 in het tweede halfjaar van 2006 en 2732 in het eerste halfjaar van 2007.

De absolute stijgende trend in het aantal gedeclareerde verrichtingen wordt voornamelijk veroorzaakt door de consulten (zowel korte als lange), telefonisch consulten en het herhalingsrecepten. Er wordt een dalende trend voor de vaccinaties, maar in absolute zin gaat het daarbij om zeer geringe aantallen. De cijfers voor de herhalingsrecepten komen overeen met de rapportage van de Stichting Farmaceutische kengetallen (SFK). Deze rapporteerde dat huisartsen 7% meer geneesmiddelen voorschreven in het eerste halfjaar van 2007 in vergelijking tot dezelfde periode in 2006 (SFK, 2007). Vergelijkingen met Vektis (www.vektis.nl) en het CBS (www.cbs.nl) zijn helaas niet mogelijk, omdat er (nog) geen gegevens bekend zijn over het eerste halfjaar van 2007. Over 2006 kwam het aantal declaraties overeen met cijfers van Vektis.

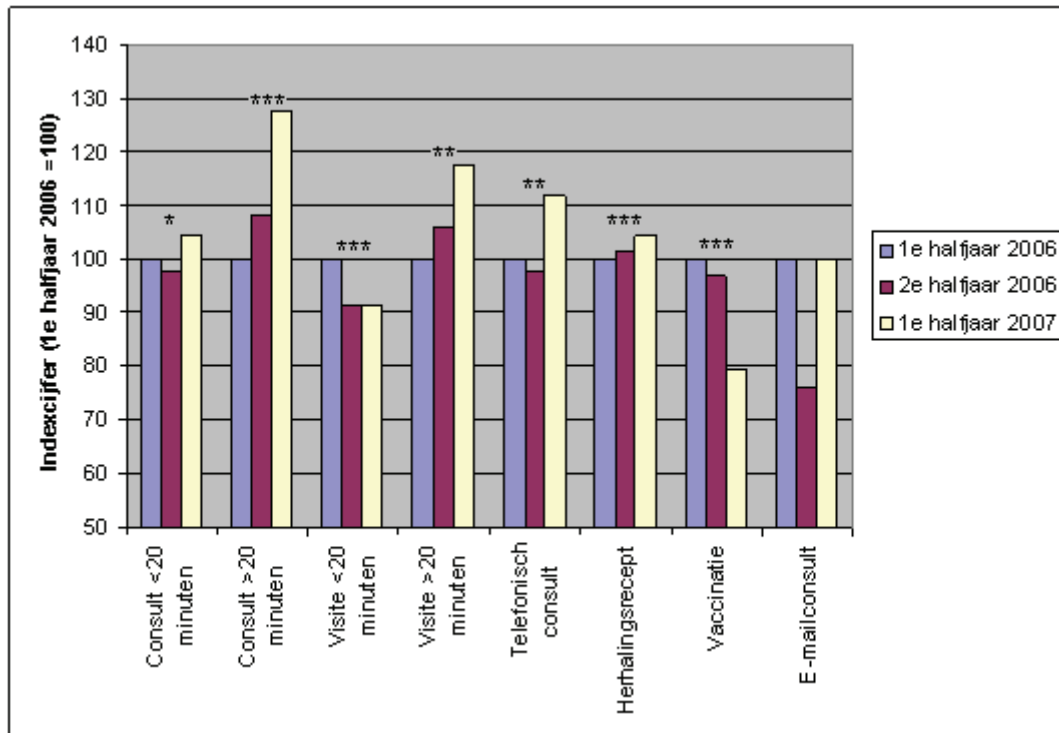
Tabel 3.2: Aantal gedeclareerde verrichtingen in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	CTG code	Declaraties per 1.000 patiënten		
		2006 periode 1 (N=92)	2006 periode 2 (N=93)	2007 periode 1 (N=86)
Consult <20 minuten*	12000	1.071	1.045	1.117
Consult >20 minuten***	12001	98	106	125
Visite <20 minuten***	12002	83	76	76
Visite >20 minuten**	12003	17	18	20
Telefonisch consult**	12004	280	274	313
Herhalingsrecept***	12005	1.031	1.046	1.076
Vaccinatie***	12006	3	3	3
E-mailconsult	12007	2	2	2
Totaal (per 1.000)		2.585	2.569	2.732

Significante verschillen in trends: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Figuur 3.1 laat de ontwikkeling van huisartsverrichtingen zien, gebaseerd op indexcijfers, waarbij het eerste halfjaar van 2006 als index is gebruikt. In dit figuur is te zien dat voornamelijk de consulten en visites langer dan 20 minuten percentueel sterk groeien, met respectievelijk een groei van 28% en 18% vergeleken met het eerste halfjaar van 2006.

Figuur 3.1: Ontwikkeling van huisartsverrichtingen per 1.000 vaste patiënten 2006-2007. Indexcijfers, 1e halfjaar 2006 =100



Significante verschillen in trends: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

In tabel 3.3 zijn de aantallen verrichtingen omgerekend naar consulteenheden om de financiële context te laten zien. In totaal werden in het eerste halfjaar van 2006 2092 consulteenheden gedeclareerd, in het tweede halfjaar van 2006 2077 en in het eerste halfjaar van 2007 2228 consulteenheden, wat overeenkomt met bedragen van respectievelijk € 18.827, € 18.694 en € 20.055 per 1.000 patiënten. Dit betekent een stijging van 6,5%, van het eerste halfjaar van 2006 naar het eerste halfjaar van 2007. De percentuele stijging van het aantal consulteenheden (6,5%) ligt iets hoger dan het aantal verrichtingen (5,7%), doordat voornamelijk een stijging te zien is in de consulten en visites langer dan 20 minuten.

Tabel 3.3: Aantal consulteenheden huisarts in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	CTG code	Declaraties per 1.000 patiënten		
		2006 periode 1 (N=92)	2006 periode 2 (N=93)	2007 periode 1 (N=86)
Consult <20 minuten	12000	1.071	1.045	1.117
Consult >20 minuten	12001	195	211	251
Visite <20 minuten	12002	124	114	114
Visite >20 minuten	12003	43	45	50
Telefonisch consult	12004	140	137	157
Herhalingsrecept	12005	515	523	538
Vaccinatie	12006	2	2	1
E-mailconsult	12007	1	1	1
Totaal (per 1.000 patiënten)		2.092	2.077	2.228
Consulteenheden per patiënt		2,09	2,08	2,23
Consulteenheden per 1.000 patiënten* € 9,-		€ 18.827	€ 18.694	€ 20.055

3.3 Verrichtingen van de praktijkondersteuner

Bij de verrichtingen van de praktijkondersteuner kijken we zowel naar alle praktijken als naar enkel de POH-praktijken. Door ook te kijken naar alle praktijken, kan een globaal overzicht worden gemaakt van alle kosten van een gemiddelde huisartsenpraktijk. Tabel 3.4 toont het aantal gedeclareerde POH-verrichtingen per periode voor alle praktijken en voor POH-praktijken. Een POH-praktijk is een praktijk waarvoor POH-verrichtingen (min=1) zijn gedeclareerd in de betreffende periode. Er werd niet geselecteerd op praktijken waar ook het POH moduletarium werd gedeclareerd². Alle praktijken samen genomen (zowel praktijken die POH-verrichtingen declareren als praktijken die geen POH-verrichtingen declareren) werden per 1.000 patiënten in totaal 77 verrichtingen gedeclareerd in het eerste halfjaar van 2006, 77 in het tweede halfjaar van 2006 en 87 in het eerste halfjaar van 2007. Als we alleen kijken naar POH-praktijken was dit respectievelijk 118, 119 en 124.

² Het POH-moduletarium is een opslagtarium van €1,50 dat de huisartsenpraktijk met een praktijkondersteuner per ingeschreven verzekerde kan declareren. Het POH-moduletarium kan alleen gedeclareerd worden indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.

Tabel 3.4: Aantal gedeclareerde verrichtingen POH in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	Code	Per 1.000 ingeschreven patiënten			POH-praktijk per 1.000 ingeschreven patiënten		
		1 ^e halfjaar 2006 (N=92)	2 ^e halfjaar 2006 (N=93)	1 ^e halfjaar 2007 (N=86)	1 ^e halfjaar 2006 (N=52)	2 ^e halfjaar 2006 (N=51)	1 ^e halfjaar 2007 (N=53)
Consult <20 minuten*	12100	33	31	36	49	48	51
Consult >20 minuten**	12101	26	27	31	39	42	44
Visite <20 minuten	12102	4	4	4	6	6	5
Visite >20 minuten	12103	4	3	4	6	5	6
Telefonisch consult	12104	8	8	9	12	13	14
Herhalingsrecept	12105	3	3	2	4	4	3
Vaccinatie	12106	0	0	0	0	0	0
Totaal (per 1.000)		77	77	87	118	119	124

Significante verschillen in trends: * p<0,05; **p<0,01.

In tabel 3.5 zijn de aantallen verrichtingen omgerekend naar consulteenheden. Het aantal gedeclareerde POH-verrichtingen stijgt met 13% tussen het tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 wanneer alle praktijken worden meegenomen. Als enkel POH-praktijken worden bekeken is het aantal consulteenheden 6% hoger. Deze stijging wordt grotendeels veroorzaakt door de consulten (zowel lange als korte). Beide stijgingen kunnen worden verklaard doordat meer praktijken in het eerste halfjaar van 2007 POH-verrichtingen zijn gaan declareren, maar ook doordat de bestaande POH-praktijken meer POH-verrichtingen zijn gaan declareren.

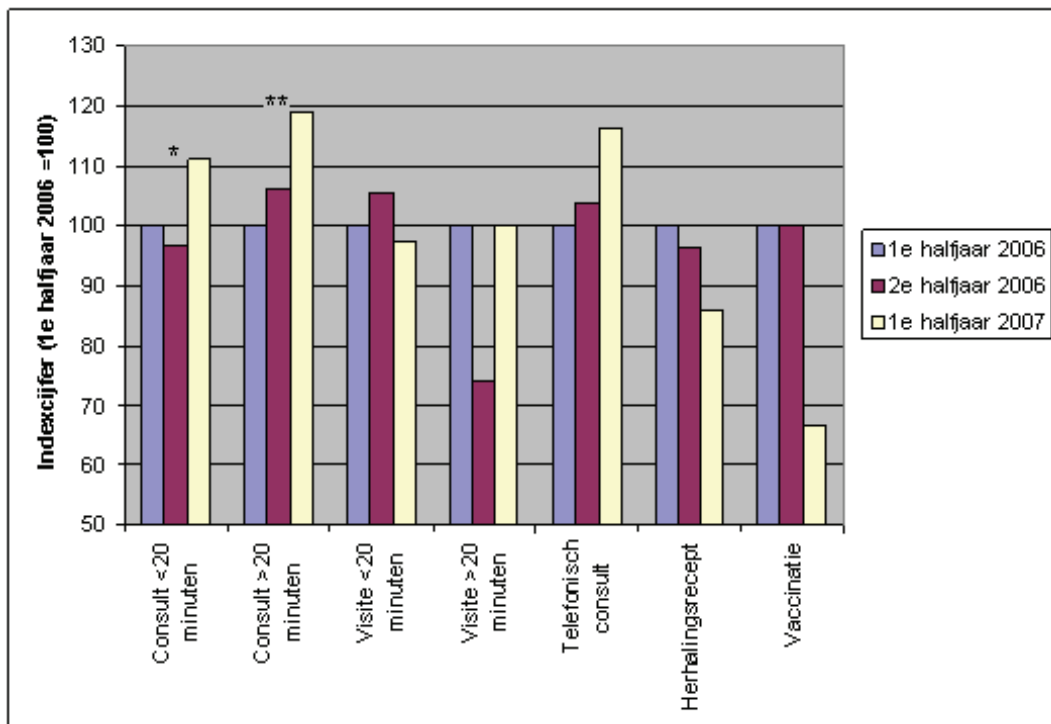
Tabel 3.5: Aantal consulteenheden POH in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	Code	Per 1.000 patiënten			POH-praktijk per 1.000 patiënten		
		1 ^e halfjaar 2006 (N=92)	2 ^e halfjaar 2006 (N=93)	1 ^e halfjaar 2007 (N=86)	1 ^e halfjaar 2006 (N=52)	2 ^e halfjaar 2006 (N=51)	1 ^e halfjaar 2007 (N=53)
Consult <20 minuten	12100	33	31	36	49	48	51
Consult >20 minuten	12101	52	55	61	78	85	88
Visite <20 minuten	12102	6	6	5	8	9	8
Visite >20 minuten	12103	11	8	10	16	12	15
Telefonisch consult	12104	4	4	5	6	7	7
Herhalingsrecept	12105	1	1	1	2	2	2
Vaccinatie	12106	0	0	0	0	0	0
Totaal (per 1.000)		106	106	119	161	163	171
Consulteenheid per patiënt		0,11	0,11	0,12	0,16	0,16	0,17
Consulteenheden per 1.000 * € 9,-		€ 951	€ 950	€ 1.074	€ 1.448	€ 1.464	€ 1.536

De inkomsten voor de huisartsenpraktijk van POH-verrichtingen per 1.000 patiënten stijgt van € 951,- in het eerste halfjaar van 2006 tot € 1.074,- in het eerste halfjaar van 2007 als gekeken wordt naar alle praktijken. Voor enkel POH-praktijken wordt een stijging van € 1.448,- naar € 1.536,- gevonden.

Figuur 3.2 laat de ontwikkeling zien van gedeclareerde POH-verrichtingen voor alle praktijken (indexcijfers, 1e halfjaar 2006 = 100). In dit figuur is te zien dat de korte en lange consulten en telefonische consulten sterk stijgen, met respectievelijk een groei van 11%, 19% en 16% vergeleken met het eerste halfjaar van 2006. Een dalende trend wordt gevonden voor de herhalingsrecepten en de vaccinaties (griepvaccinatie niet inbegrepen), maar in absolute zin gaat het daarbij om zeer geringe aantallen.

Figuur 3.2: Ontwikkeling van POH-verrichtingen per 1.000 vaste patiënten 2006 - 2007. Indexcijfers, 1e halfjaar 2006 = 100



Significante verschillen in trends: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

3.4 POH-praktijk versus niet-POH-praktijk: verrichtingen van de huisarts

In het nieuwe honoreringssysteem worden verrichtingen door de praktijkondersteuner apart gehonoreerd. Daardoor kan zichtbaar worden gemaakt in hoeverre het aantal verrichtingen die normaal gesproken door de huisarts zelf werden gedaan, nu door de praktijkondersteuner worden uitgevoerd. Een mogelijk effect hiervan is een substitutie van verrichtingen van de huisarts naar de praktijkondersteuner. Dit kan zich uiten in een lager

aantal huisarts-verrichtingen voor POH-praktijken. Tabel 3.6 laat het aantal consulteenheden van de huisarts zien voor een POH-praktijk en een niet-POH-praktijk.

Het aantal consulteenheden, en daarmee de kosten, ligt in alle periodes hoger voor de POH-praktijk, waarbij enkel de lange visites over alle periodes een significant verschil laat zien ($p < 0,05$). De lange visites zijn in eerste halfjaar van 2007 meer dan tweemaal zo hoog zijn voor een POH-praktijk vergeleken met de niet-POH-praktijk. Echter, de stijging in het aantal consulteenheden van het eerste halfjaar van 2006 naar het eerste halfjaar van 2007 is iets hoger voor een POH-praktijk dan voor een niet-POH-praktijk, met respectievelijk een stijging van 7,5% en 3,9%. Echter, alleen de lange visites laten een significant verschil in verloop in tijd zien tussen een POH- en niet-POH-praktijk ($p < 0,1$).

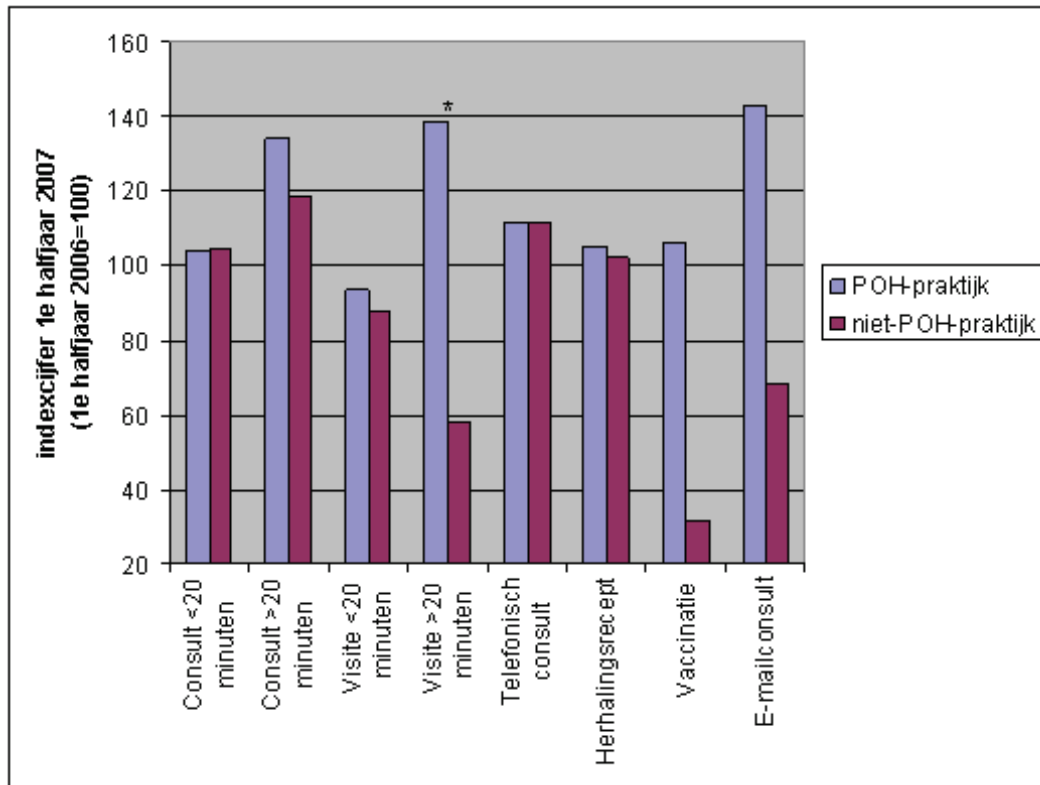
Tabel 3.6: Aantal consulteenheden huisarts in het 1e en 2e halfjaar en 1e halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	Code	POH Praktijken: per 1.000 ingeschreven patiënten			Niet-POH- Praktijken: per 1.000 ingeschreven patiënten		
		1 ^e halfjaar 2006 (N=52)	2 ^e halfjaar 2006 (N=51)	1 ^e halfjaar 2007 (N=53)	1 ^e halfjaar 2006 (N=40)	2 ^e halfjaar 2006 (N=42)	1 ^e halfjaar 2007 (N=33)
Consult <20 minuten	12000	1.081	1.070	1.125	1.048	1.000	1.097
Consult >20 minuten	12001	185	195	248	213	237	253
Visite <20 minuten	12002	122	110	114	129	120	113
Visite >20 minuten* ^{en} **	12003	44	44	61	43	47	25
Telefonisch consult	12004	143	141	160	134	129	150
Herhalingsrecept	12005	518	521	544	508	526	520
Vaccinatie	12006	2	2	2	2	2	1
E-mail consult	12007	1	1	1	2	2	1
Totaal (per 1.000)		2.096	2.084	2.255	2.079	2.061	2.160
Consulteenheid per patiënt		2,10	2,08	2,26	2,08	2,06	2,16
Consulteenheden per 1.000 * € 9,-		€ 18.861	€ 18.754	€ 20.298	€ 18.708	€ 18.551	€ 19.438

* Significant verschil tussen een POH- en niet-POH-praktijk ($p < 0,05$); ** Significante trendverschil tussen POH- en niet-POH-praktijk ($p < 0,01$).

Figuur 3.3 laat het verschil in ontwikkeling zien van het eerste halfjaar van 2006 naar het eerste halfjaar van 2007 gebaseerd op indexcijfers, waarbij het eerste halfjaar van 2006 als index is gebruikt. Verschillen worden gevonden bij de lange visites. Bij de lange visites wordt een sterke stijging gevonden bij POH-praktijken (38,6%), terwijl niet-POH-praktijken een daling laten zien (-41,9%).

Figuur 3.3: Ontwikkeling van huisarts-verrichtingen van een POH-praktijk en een niet-POH-praktijk van 2006-2007. Indexcijfers, 1e halfjaar 2006 =100



** Significante trendverschil tussen POH- en niet-POH-praktijk ($p < 0.01$).

Samengevat, betekent het in dienst hebben van een praktijkondersteuner niet dat er minder huisarts-verrichtingen worden gedeclareerd. De stijging van het aantal consult-eenheden is hoger voor een POH-praktijk. Het voornaamste verschil in huisartsverrichtingen wordt gevonden bij de lange visites, waar POH-praktijken in het eerste halfjaar van 2007 ongeveer tweemaal zoveel lange visites declareren. Om de substitutie van verrichtingen van de huisarts naar de praktijkondersteuner goed te onderzoeken, moet echter per praktijk gekeken worden of de introductie van een POH-er in de praktijk een verschil met zich mee bracht in het aantal huisartsenverrichtingen.

3.5 Verrichtingen Modernisering en Innovatie (M&I)

Tabel 3.7 (zie volgende pagina) geeft het overzicht van de aantallen M&I-verrichtingen die zijn gedeclareerd in de verschillende periodes. In het eerste halfjaar van 2006 werden per 1.000 vaste patiënten 73,4 M&I-verrichtingen gedeclareerd, 73,2 in het tweede halfjaar van 2006 en 87,9 in het eerste halfjaar van 2007. Dit is een stijging van 20 procent ten opzichte van het eerste halfjaar 2006 ($p < 0,001$). Het grootste aandeel in het aantal M&I-verrichtingen hebben de chirurgie (19%), therapeutische injectie (10,9%), longfunctiemeting (10,1%), verrichting ter vervanging specialistenbezoek (7,3%) en de diabetes begeleiding per jaar (7,3%). Met name bij allergietest (166%), tympanometrie (133%), en bloeddrukmeting (158%) is sprake van een sterke stijging. De financiële gevolgen zijn niet in te schatten, doordat verzekeraars kunnen variëren in het te honoreren tarief.

Er zijn twee mogelijke verklaringen voor deze verhoging. Allereerst kan het zijn dat de huisartspraktijken daadwerkelijk meer van deze verrichtingen hebben uitgevoerd. Daarnaast kan het veroorzaakt worden door een betere bekendheid met het declareren van M&I-verrichtingen, waardoor verrichtingen die voorheen ook altijd al werden uitgevoerd, nu ook apart als declaratie zichtbaar worden. Deze verklaringen sluiten elkaar overigens niet uit.

3.6 Conclusie

In 2006 rapporteerden Te Brake et al. (2007) dat het aantal gedeclareerde verrichtingen in 2006 hoger uitviel dan was geraamd. De cijfers over het eerste halfjaar van 2007 laten zien dat deze stijging zich heeft voortgezet in 2007. Het aantal consulteenheden van huisartsverrichtingen is met meer dan 6,5% gestegen. Voor POH-verrichtingen is er een stijging van 13% en voor de M&I-verrichtingen een stijging van 20%.

Er is in dit hoofdstuk gerapporteerd over alle praktijken die in één van de periodes volledige data hadden aangeleverd. Dezelfde analyses zijn echter ook uitgevoerd met gebruikmaking van alleen de praktijken die over *alle* periodes volledige data hadden aangeleverd. Uit die analyses kwamen soortgelijke aantallen en trends naar voren.

Tabel 3.7: Aantal gedeclareerde M&I-verrichtingen in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	CTG-code	Declaraties per 1.000 patiënten		
		1 ^e	2 ^e	1 ^e
		halfjaar 2006 (N=92)	halfjaar 2006 (N=93)	halfjaar 2007 (N=86)
Audiometrie	13000	1,7	1,7	2,0
Diagnostiek met behulp van Doppler	13001	1,1	1,0	1,6
Allergietest	13002	0,6	0,9	1,6
Tympanometrie	13003	0,6	0,4	1,4
Longfunctiemeting	13004	7,2	7,2	9,4
ECG-diagnostiek	13005	3,5	3,4	5,2
Spleetlamponderzoek	13006	0,6	0,7	1,0
Tele-echo, tele-röntgen, tele-hartmonitoring op de waddeneilanden	13007	0,0	0,0	0,0
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	13008	1,2	1,4	3,1
Teledermatologie	13009	0,2	0,1	0,3
Cognitieve functietest (MMSE)	13010	0,4	0,4	0,6
Hartritmestoornissen	13011	0,1	0,2	0,2
Chirurgie	13012	13,5	14,5	16,6
Chirurgie in geval van cosmetiek	13013	0,0	0,1	0,1
Tapen	13014	1,3	1,3	1,7
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015	1,2	1,4	1,9
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk	13016	3,1	3,0	3,0
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis	13017	0,4	0,5	0,4
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek	13018	5,9	5,5	5,8
Trombosebeen	13019	0,1	0,1	0,0
Varices sclerosering	13020	0,0	0,0	0,0
Varices sclerosering in geval van cosmetiek	13021	0,0	0,0	0,0
Desensibilisatiekuur	13022	0,7	0,4	0,6
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	8,1	7,8	9,6
Oogboring	13024	0,6	0,5	0,7
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	8,1	7,8	9,6
Oogboring	13024	0,6	0,5	0,7
Aanmeten en plaatsen pessarium	13025	1,1	1,1	1,1
Urinekatheterisatie	13026	0,7	0,6	0,8
MRSA-screening	13027	0,1	0,1	0,1
Otitis externa	13028	0,2	0,6	0,5
Diabetes begeleiding per jaar	13029	5,8	5,7	5,6
Diabetes – instellen op insuline	13030	0,3	0,7	0,9
COPD-gestructureerde zorg per jaar	13031	0,5	0,4	0,3
Palliatieve consultatie, visite	13032	0,0	0,0	0,0
Palliatieve consultatie, telefonisch	13033	0,0	0,0	0,0
Intensieve zorg, visite, dag	13034	4,9	4,3	3,3
Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	13035	2,3	2,1	2,0
Intensieve zorg, ANW visite	13036	0,2	0,2	0,3
Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	13037	0,3	0,3	0,3
Euthanasie	13038	0,0	0,0	0,1
Reizigersadvisering	13039	1,9	1,6	2,3
Sterilisatie man	13040	0,0	0,0	0,0
Besnijden	13041	0,2	0,0	0,0
IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje	13042	1,7	1,6	2,0
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	13043	1,2	1,1	1,3
Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	13044	0,0	0,2	0,3
Module Abdominale echografie	13045	0,0	0,0	0,0
Totaal (per 1.000)*		73,4	73,2	87,9

* Significant in trend $p < 0,001$.

4 Ontwikkelingen 2006-2007 in het gebruik van huisartsenzorg

Met ingang van 1 januari 2006 kan de huisartsenpraktijk voor elke patiënt consulten, visites, en dergelijke declareren. Deze verandering in het honoreringssysteem kan van invloed zijn geweest op het aantal (gedeclareerde) zorgcontacten voor zowel voormalig particulier als ziekenfondspatiënten. Een zorgcontact is één dag waarop er bij een patiënt óf een verwijzing plaatsvond óf een geneesmiddel werd voorgeschreven óf een diagnose werd geregistreerd. Het aantal gedeclareerde zorgcontacten geeft inzicht in de relatie tussen werklast en honorering binnen de huisartsenpraktijk.

In de eerdere rapportage van Te Brake et al. (2007) over 2006 kwam naar voren dat het aantal zorgcontacten tussen 2005 en 2006 bij voormalig particulier verzekerden met 2% steeg, terwijl dat bij voormalig ziekenfonds verzekerden gelijk was gebleven. Bij 82,3% van de zorgcontacten vond een declaratie plaats.

Dit hoofdstuk heeft als doel de ontwikkeling van het aantal (gedeclareerde) zorgcontacten voor het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten te beschrijven. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen voormalig particulier en ziekenfonds verzekerden.

4.1 Methode

Een zorgcontact werd, net als bij de eerdere rapportage van Te Brake et al. (2007), als volgt gedefinieerd: een zorgcontact is één dag waarop er bij een patiënt óf een verwijzing plaatsvond óf een geneesmiddel werd voorgeschreven óf een diagnose werd geregistreerd. Een gedeclareerde zorgcontact werd gedefinieerd als één dag waarop er bij een patiënt een of meerdere reguliere verrichtingen van de huisarts, POH-verrichtingen en/of M&I-verrichtingen werden gedeclareerd (m.u.v. M&I-verrichtingen die per jaar worden gedeclareerd: 13029 en 13031). Het percentage gedeclareerde zorgcontacten werd berekend door het aantal gedeclareerde zorgcontacten te delen door het aantal zorgcontacten.

Tabel 4.1 toont het aantal praktijken die alle benodigde gegevens hadden aangeleverd, met daarin onderscheid tussen particulier en ziekenfonds patiënten. Het aantal praktijken waarin subanalyses voor verzekeringstatus konden worden uitgevoerd wordt steeds lager, doordat van patiënten van praktijken die vanaf 2006 deelnemen aan het LINH de verzekeringsstatus niet bekend is.

Om er voor te zorgen dat de verschillende periodes vergelijkbaar waren, werd er in alle analyses gestandaardiseerd voor leeftijd en al dan niet wonend in een achterstandswijk. Hiervoor werd gebruikt gemaakt van cijfers uit de rapportage Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2003 (Devillé et al., 2003) en van het CBS (CBS, 2007) (zie paragraaf 3.1).

In deze rapportage wordt het aantal zorgcontacten uitgedrukt per 1.000 patiënten. Het aantal gedeclareerde zorgcontacten wordt als een percentage van alle zorgcontacten weergegeven.

In de analyses zijn alleen patiënten meegenomen die de huisarts als vaste patiënten beschouwt.

Tabel 4.1: Aantal praktijken in de analyses

	1 ^e halfjaar 2006	2 ^e halfjaar 2006	1 ^e halfjaar 2007
Voormalig ziekenfonds	49	40	22
Voormalig particulier	49	40	22
Alle patiënten	50	47	34

4.2 Veranderingen in het aantal zorgcontacten

In tabel 4.2 is de ontwikkeling van het aantal zorgcontacten tussen het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 weergegeven. Over het geheel wordt er een stijging van 8,1% gevonden van het eerste halfjaar van 2006 naar het eerste halfjaar van 2007. De stijging is groter bij voormalig particulier verzekerden (15,8%) dan bij voormalig ziekenfonds verzekerden (9,3%), maar dit verschil in trend is niet significant. In absolute zin is het aantal zorgcontacten wel significant hoger bij voormalig ziekenfonds-patiënten ($p < 0,001$).

Tabel 4.2: Zorgcontacten in eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 patiënten gestandaardiseerd voor achterstandswijk en leeftijd

	Aantal zorgcontacten per 1.000 patiënten			% Verschil		
	1 ^e halfjaar 2006	2 ^e halfjaar 2006	1 ^e halfjaar 2007	06-1-06-2	06/2-07/1	06/1-07/1
Voormalig ziekenfonds*	3.316	3.380	3.625	1,9%	7,2%	9,3%
Voormalig particulier*	2.256	2.435	2.612	7,9%	7,2%	15,8%
Alle patiënten ^{s en *}	2.972	3.038	3.213	2,2%	5,7%	8,1%

^s Voormalig particulier en ziekenfondsverzekerden én patiënten waarvan de soort verzekering niet bekend is; $p < 0,001$.

4.3 Veranderingen in gedeclareerde zorgcontacten

Het percentage gedeclareerde zorgcontacten is in tabel 4.3 weergegeven. In het eerste halfjaar van 2006 werd 87,1% van alle zorgcontacten gedeclareerd, 85,3% in het tweede halfjaar van 2006 en 84,0% in het eerste halfjaar van 2007. Dit is een daling van meer dan 3,5 procentpunt, die echter niet significant is. Het percentage gedeclareerde zorgcontacten verschilde in het eerste en tweede halfjaar van 2006 nauwelijks tussen ziekenfonds en

particulier verzekerden. Alleen in het eerste halfjaar van 2007 wordt een verschil gevonden van 4,4 procentpunt.

Tabel 4.3: Aantal zorgcontacten waarbij een declaratie plaatsvond als percentage van het totaal aan plaatsgevonden zorgcontacten gestandaardiseerd voor achterstandswijk en leeftijd

	Percentage gedeclareerde zorgcontacten		
	1 ^e halfjaar 2006	2 ^e halfjaar 2006	1 ^e halfjaar 2007
Voormalig ziekenfonds	87,2%	83,9%	80,5%
Voormalig particulier	87,6%	84,1%	84,9%
Alle patiënten*	87,1%	85,3%	84,0%

*(Voorheen) particulier en ziekenfondsverzekerden én patiënten waarvan de soort verzekering niet bekend is.

4.4 Conclusie

Resultaten geven aan dat het aantal zorgcontacten tussen 2006 en 2007 is gestegen, namelijk met 8,3%. Voor voormalig particulier verzekerden was de stijging niet significant hoger dan voor voormalig ziekenfonds verzekerden.

Het percentage gedeclareerde verrichtingen laat weliswaar een dalende trend zien, maar deze is niet significant.

De hier gepresenteerde cijfers wijken iets af van de cijfers gerapporteerd door te Brake et al. (2007). Te Brake et al. rapporteerde dat bij 82,3% van alle zorgcontacten een declaratie plaatsvond. Dit wordt veroorzaakt door een andere selectie van praktijken.

De verandering in het aantal zorgcontacten kan niet worden toegeschreven aan het feit dat de onderzochte patiëntenpopulatie één jaar ouder is geworden, doordat voor leeftijd is gestandaardiseerd.

5 Hoe worden de passantentarieven gehanteerd

Met de invoering van het nieuwe honoreringssysteem is ook het gebruik van het passantentarium gewijzigd. Voor de invoering van de ZVW gold dat passantentarieven mochten worden gedeclareerd bij de behandeling van patiënten die niet in de eigen praktijk staan ingeschreven. Sinds de zorgstelselwijziging is daar de voorwaarde aan toegevoegd dat deze patiënten niet in dezelfde gemeente woonachtig zijn als waar de praktijk gevestigd is.

In de eerdere rapportage van Te Brake et al. (2007) over 2006 kwam naar voren dat slechts in één derde van de gevallen het passantentarium terecht werd gedeclareerd.

Dit hoofdstuk heeft als doel de ontwikkeling van passantentarium voor het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 te beschrijven.

5.1 Methode

Voor de analyses over de passantentarieven is gebruik gemaakt van 92 praktijken in het eerste halfjaar van 2006, 93 in het tweede halfjaar van 2006 en 86 in het eerste halfjaar van 2007. Hierbij zijn de passantentarieven voor apothekhoudende huisartsen niet in de analyses betrokken.

Van alle patiënten, ook van de niet vaste patiënten, zijn de cijfers van de postcode bekend. Door deze postcodes te vergelijken met de postcode van de praktijk, kon achterhaald worden welke patiënten woonachtig waren in dezelfde gemeente als de huisartsenpraktijk en welke niet. Een ingeschreven patiënt werd gedefinieerd als een patiënt waarvoor in de betreffende halfjaarperiode minimaal 1 inschrijftarief is gedeclareerd. Op basis van deze gegevens werden 4 categorieën gemaakt:

- 1) Niet vast, gemeente onbekend.
- 2) Vaste patiënt.
- 3) Niet vast, eigen gemeente.
- 4) Niet vast, andere gemeente.

Alleen gedeclareerde passantentarieven in de categorie 4 worden beschouwd als terecht gedeclareerd.

In deze rapportage wordt het aantal gedeclareerde passantentarieven weergegeven als absoluut aantal en uitgedrukt per 1.000 vaste patiënten. Dit is gedaan om een totaaloverzicht van een praktijk te verschaffen.

5.2 Resultaten

In totaal werden in het eerste halfjaar van 2006 12,8 passantentarieven gedeclareerd per 1.000 vaste patiënten, in het tweede halfjaar van 2006 19,0 en in het eerste halfjaar van 2007 14,4 (tabel 5.1). Het grootste aandeel hebben de korte consulten en de herhalingsrecepten. Het aantal gedeclareerde verrichtingen voor passanten is sterk seizoensgebonden. Voornamelijk het tweede halfjaar van 2006 laat hoge aantallen gedeclareerde passantencontacten zien. In deze periode valt de zomervakantie.

Tabel 5.1: Aantal gedeclareerde verrichtingen bij passanten in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	CTG-code	Declaraties per 1.000 patiënten		
		1 ^e halfjaar 2006 (N=92)	2 ^e halfjaar 2006 (N=93)	1 ^e halfjaar 2007 (N=88)
Consult <20 minuten	12400	7,0	12,0	8,0
Consult <20 minuten	12401	0,8	1,0	1,0
Visite <20 minuten	12402	0,6	0,8	0,8
Visite >20 minuten	12403	0,2	0,2	0,2
Telefonisch consult	12404	1,0	1,7	1,4
Herhalingsrecept	12405	3,0	3,2	3,1
Vaccinatie	12406	0,2	0,2	0,0
Totaal		12,8	19,0	14,4

Tabel 5.2 laat aantal declaraties zien naar categorie patiënt. In het eerste halfjaar van 2006 werd in 25,6% van de gevallen terecht het passantentarief gedeclareerd. In het tweede halfjaar van 2006 was dit 39,9% en in het eerste halfjaar van 2007 was dit 32,5%. In dit geval wordt het passantentarief gedeclareerd bij patiënten waarvoor geen inschrijftarief is gedeclareerd, en die niet woonachtig zijn in dezelfde gemeente als de huisartsenpraktijk. Opmerkelijk is dat bij een deel van deze patiënten ook een deel van de contacten gedeclareerd is onder het € 9,- tarief. Dit kan wijzen op administratieve fouten, maar is ook deels toe te schrijven aan bijvoorbeeld verhuizingen, waardoor patiënten gedurende de periode zowel vaste patiënt als passant kunnen zijn geweest.

Een relatief groot deel van de passantencontacten wordt gedeclareerd bij patiënten voor wie geen inschrijftarief is gedeclareerd, maar die wel woonachtig zijn in dezelfde gemeente. Dit was 42,6% voor het eerste halfjaar van 2006, 36,8% voor het tweede halfjaar van 2006 en 50,9% voor het eerste halfjaar van 2007. Ook hier zal echter sprake zijn van enige administratieve frictie als gevolg van patiënten die gedurende het halfjaar jaar verhuisden. Hiervoor is in deze analyses geen rekening gehouden.

Het aandeel van de passantentarieven van patiënten voor wie tevens een inschrijftarief is gedeclareerd is afgenomen. Het aandeel was in het eerste halfjaar van 2006 25,4%, 17,2% in het tweede halfjaar van 2006 en 11,0% in het eerste halfjaar van 2007. Hier zal het deel gaan om patiënten die slechts een deel van de periode als vaste patiënt stonden ingeschre-

ven en die buiten de periode wel de huisarts bezochten. Het is daardoor onwaarschijnlijk dat dit percentage ooit tot nul zal dalen.

Tabel 5.2: Declaraties voor passantencontacten naar categorie patiënt in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en eerste halfjaar van 2007

Type patiënt	1 ^e halfjaar 2006 (N=92)			2 ^e halfjaar 2006 (N=93)			1 ^e halfjaar 2007 (N=88)		
	N decla- raties	%	Per 1.000 patiënten	N decla- raties	%	Per 1.000 patiënten	N decla- raties	%	Per 1.000 patiënten
Niet vast, gemeente onbekend	280	6,3	0,8	389	6,0	1,1	251	5,6	0,8
Vaste patiënt*	1.120	25,4	3,3	1.113	17,2	3,3	493	11,0	1,6
Niet vast, eigen gemeente**	1.880	42,6	5,5	2.377	36,8	7,0	2.272	50,9	7,3
Niet vast, andere gemeente	1.131	25,6	3,3	2.578	39,9	7,6	1.449	32,5	4,7
Totaal	4.411	100	12,8	6.457	100	19,0	4.465	100	14,4

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

NB: Om seizoensinvloeden uit te schakelen heeft toetsing alleen plaatsgevonden van de verschillen tussen 1^e halfjaar 2006 en 1^e halfjaar 2007.

5.3 Conclusie

De resultaten uit deze rapportage laten zien dat in het passantentarieef naar verloop van tijd steeds beter wordt toegepast. In het eerste halfjaar van 2006 was slechts 28,3% van de gedeclareerde passantentarieven correct, dit was opgelopen tot 36,8% in het eerste halfjaar van 2007. De daling in het percentage correct gedeclareerde passantencontacten die we van het 2e halfjaar 2006 naar het eerste halfjaar van 2007 zien, hangt waarschijnlijk samen met seizoensinvloeden.

6 Substitutie ten gevolge van de module Modernisatie en Innovatie (M&I)

In de module M&I kunnen innovatieve verrichtingen en verrichtingen waarvan gedacht wordt dat deze substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn voor alle patiënten worden gedeclareerd. Het beoogde effect is een kwalitatief betere zorg en substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn. Deze substitutie van de tweede naar de eerste lijn is onder andere bedoeld om de kosten van de zorg te drukken. De vraag is nu of het werkelijk zo is dat huisartsen die meer M&I-verrichtingen uitvoeren ook minder verwijzen.

Gegeven een bepaalde diagnose heeft de huisarts twee opties; zelf behandelen of verwijzen. Bij zelf behandelen zijn er vervolgens weer twee opties, namelijk declareren als M&I-verrichting (alleen mogelijk indien er een overeenkomst is met de zorgverzekeraar) of declareren als gewoon consult (indien geen overeenkomst met zorgverzekeraar). In de hier gepresenteerde analyses kijken we naar de samenhang (correlatie) tussen het procentueel aandeel M&I-verrichtingen en het procentueel aandeel verwijzingen binnen elk van de diagnoseclusters. Door te kijken binnen elk van de diagnoseclusters wordt gecorrigeerd voor het meer of minder voorkomen van bepaalde aandoeningen in bepaalde huisartsenpraktijken (case-mix).

In de eerste verkennende analyses van Te Brake et al. (2007) werd – tegen de verwachting in – geen substitutie-effect gevonden. De uitgangspunten die aan die analyses ten grondslag lagen zijn opnieuw bekeken. Dit heeft op een aantal punten geleid tot andere keuzes met betrekking tot met name de selectie van praktijken (zie verder hieronder).

In dit hoofdstuk gaan we na of – gegeven een bepaalde groep van diagnoses – de kans op een verwijzing kleiner is bij praktijken die relatief veel M&I-verrichtingen registreerden. We doen dat weer voor het eerste en tweede halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007.

6.1 Methode

Voor elke periode is nagegaan hoeveel M&I-verrichtingen er – bij een gegeven diagnose – waren gedeclareerd en hoeveel nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist er hadden plaatsgevonden. Een eventueel substitutie-effect zou tot uiting moeten komen in een negatief verband tussen beide: meer M&I-verrichtingen hangt samen met minder verwijzingen.

M&I-verrichtingen

We hebben ons beperkt tot de 5 meest gedeclareerde M&I-verrichtingen (zie par. 3.5). Daarnaast zijn clusters gevormd van ‘alle diagnostische metingen’, en ‘alle therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen’. In totaal is er sprake van 7 (clusters

van) M&I-verrichtingen. Met uitzondering van ‘verrichting ter vervanging van specialistenbezoek’ (zie onder) staan deze in tabel 6.1.

Diagnoses

Er is voor gekozen om alleen te kijken naar substitutie-effecten bij die aandoeningen die daar ook voor in aanmerking lijken te komen. De selectie van aandoeningen heeft als volgt plaatsgevonden. Voor elk van de 7 (clusters van) M&I-verrichtingen is vastgesteld welke diagnoses het meest voorkwamen. Aangenomen is dat, als er van substitutie sprake is, dit vooral bij deze diagnoses naar voren zou komen. Bij de afzonderlijke M&I-verrichtingen (13004, 13012 en 13023) is daartoe gebruik gemaakt van de top 5 van meest gestelde diagnoses. Deze dekken tussen de 55 en 95% procent van elk van deze M&I-verrichtingen (tabel 6.2) met een bekende diagnose. Bij de clusters (‘alle diagnostische metingen’ en ‘alle therapeutische chirurgische of diagnostische verrichtingen’) is gebruik gemaakt van de top 6. Deze dekken ongeveer 40 tot 55% van de verrichtingen met een bekende diagnose. Bij ‘Verrichting ter vervanging van specialistenbezoek’ was het percentage van dat door de top 5 werd gedekt dusdanig laag dat er van is afgezien om deze verrichting verder op substitutie-effecten te analyseren. Bij deze verrichting wordt een te grote variëteit aan diagnoses gevonden om analyses zinvol uit te voeren.

Van alle M&I-verrichtingen was in het eerste halfjaar van 2006 bij 32,5% geen diagnose bekend. Dit was in het tweede halfjaar van 2006 25,7 en in het eerste halfjaar van 2007 29,3%. Deze M&I-verrichtingen zijn niet meegenomen in de analyses. De top 5 respectievelijk -6 diagnoses bij de 6 (clusters van) M&I-verrichtingen zijn weergegeven in tabel 6.1.

In eerder gerapporteerde analyse (Te Brake, et al., 2007) werd alleen gebruik gemaakt van diagnose-informatie die werd geregistreerd tijdens face-to-face contacten. Voor de onderhavige analyses is hier van afgeweken door ook diagnose-informatie van andere contacten te gebruiken.

Verwijzingen

In de analyses zijn alleen *nieuwe* verwijzingen naar de medisch specialist meegenomen. Dit is een verandering ten opzichte van de eerdere gerapporteerde analyses (Te Brake et al.), waarin *alle* verwijzingen naar de medisch specialist waren meegenomen.

Praktijkselectie

Binnen elk half jaar is gekeken welke praktijken kwalitatief goede gegevens hadden aangeleverd over verwijzingen, diagnoses en – uiteraard – verrichtingen. Deze selectie is strenger geweest dan in de eerdere rapportage door Te Brake et al. (2007). Dat is vooral ten koste gegaan van een aantal praktijken die in onvoldoende mate verwijzingen hadden geregistreerd.

Voor de analyses over de substitutie is gebruik gemaakt van 48 praktijken in het eerste halfjaar van 2006, 49 in het tweede halfjaar van 2006 en 30 in het eerste halfjaar van 2007.

Tabel 6.1: Differentiatie van M&I-codes: clusters en bijbehorende diagnoses

Omschrijving	Bijbehorende diagnoses
1. Alle diagnostische metingen	R96 Astma R95 Emfyseem/COPD K86 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging T90 Diabetes mellitus H02 Gehoorklachten R97 Hooikoorts/ allergische rhinitis
2. Alle therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen	L92 Schoudersyndroom/PHS L99 Andere ziekte bewegingsapparaat S79 Andere benigne neoplasma huis/subcutis S18 Scheurwond/snijwond S93 Atheroomcyste/epitheelcyste S82 Naevus/moedervlek
3. 13004 Longfunctiemeting	R96 Astma R95 Emfyseem/COPD R02 Dyspnoe/benauwdheid R05 Hoesten A99 Andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte
4. 13012 Chirurgische ingreep	S79 Andere benigne neoplasma huis/subcutis S93 Atheroomcyste/epitheelcyste S18 Scheurwond/snijwond S82 Naevus/moedervlek S04 Multiple zwellingen/papels/knobbels/subcutis
5. 13023 Therapeutische injectie	L92 Schoudersyndroom/PHS L99 Andere ziekte bewegingsapparaat L08 Schouder symptomen/klachten L93 Epicondylitis lateralis L90 Gonartrose
6. 13029 Diabetes begeleiding	T90 Diabetes mellitus

Tabel 6.2: Percentage M&I-verrichtingen binnen de top 5 of 6 van diagnoses

	Percentage M&I-verrichtingen binnen top 5/6 diagnoses		
	1 ^e halfjaar 2006 (N=48)	2 ^e halfjaar 2006 (N=49)	1 ^e halfjaar 2007 (N=50)
	1. Alle diagnostische metingen	54,0%	53,0%
2. Alle therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen	40,1%	38,6%	40,5%
3. 13004 Longfunctiemeting	81,6%	79,5%	81,9%
4. 13012 Chirurgische ingreep	58,2%	56,7%	56,9%
5. 13023 Therapeutische injectie	82,0%	81,5%	77,2%
6. 13029 Diabetes begeleiding	95,4%	90,9%	97,8%

6.2 Resultaten

In tabel 6.3 zijn de correlaties weergegeven tussen het percentage M&I-verrichtingen en het aantal verwijzingen. Voor de M&I-verrichting chirurgische ingreep werd in 2006 significante correlatie gevonden tussen het percentage M&I-verrichtingen en het percentage verwijzingen. Dit werd niet gevonden voor de chirurgische ingreep in het eerste halfjaar van 2006.

De therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen laten een significante negatieve correlatie zien in het tweede halfjaar van 2006. Bijna alle overige M&I-verrichtingen laten een negatieve niet-significante correlatie zijn, met uitzondering van het eerste halfjaar van 2007.

Tabel 6.3: Correlaties tussen verrichtingen en verwijzingen

Omschrijving	Gevonden correlaties		
	1 ^e halfjaar 2006 (N=48)	2 ^e halfjaar 2006 (N=49)	1 ^e halfjaar 2007 (N=30)
1. Diagnostische metingen	-0,097	-0,057	-0,071
2. Therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen	-0,204	-0,358*	0,002
3. 13004: longfunctiemeting	-0,083	-0,005	-0,035
4. 13012: Chirurgische ingreep	-0,344*	-0,349*	-0,111
5. 13023: Therapeutisch injectie (Cyriax)	-0,025	-0,119	0,024
6. 13029: Diabetes begeleiding	-0,123	0,062	0,200

* $p < 0.05$.

6.3 Conclusie

Deze resultaten wijzen in de richting van een substitutie-effect voor de M&I-verrichting chirurgische ingreep. Voorzichtigheid is echter geboden. Eerdere analyses, waarbij een iets afwijkende methode werd gebruikt, lieten een dergelijk verband niet zien. Bovendien is de correlatie alleen significant voor 2006. In het eerste halfjaar van 2007 werd het verband tussen M&I-verrichting en verwijzingen niet gevonden.

Bij de overige M&I-verrichtingen wijzen de resultaten niet in de richting van substitutie. Het uitblijven van substitutie bij de overige M&I-verrichtingen kan waarschijnlijk het best als volgt worden verklaard. Men moet zich hierbij allereerst realiseren dat huisartsen die deze verrichtingen niet als M&I-verrichting declareren, de verrichtingen wel degelijk kunnen uitvoeren. In zo'n situatie is er geen echt verschil in het feitelijk handelen van de huisartspraktijken, maar alleen in de wijze waarop wordt gedeclareerd. Hierdoor zal er geen verschil in het aantal verwijzingen worden gevonden worden tussen praktijken waarin veel en weinig M&I gedeclareerd wordt. Er kan dan wel degelijk sprake zijn van substitutie in die zin dat de huisarts iets doet wat niet in de tweedelijns hoeft te gebeuren. Maar dit is dan niet toe te schrijven aan het apart kunnen declareren van de betreffende M&I-verrichting en zal in onze analyses dan ook niet worden gevonden.

Kortom, het apart kunnen declareren van diagnostische metingen, longfunctiemetingen, therapeutische injecties en diabetesbegeleiding lijkt nog niet te leiden tot een geringer aantal verwijzingen naar de tweede lijn, terwijl dat voor chirurgische ingrepen wel het geval lijkt.

7 Conclusie en discussie

7.1 Samenvatting

Op 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringwet (ZVW) geïntroduceerd, waarbij tevens een nieuw honoreringssysteem voor huisartsen van kracht is geworden. In plaats van een apart honoreringssysteem voor particulier en ziekenfondsverzekerden is er een honoreringssysteem dat voor alle patiënten geldt. Het honoreringssysteem voor huisartsen is vastgelegd in het zogenaamde vogelaarakkoord en combineert een abonnements-honorarium en een verrichtingensysteem.

Het doel van dit rapport is om een bijdrage te leveren aan de evaluatie van het vogelaarakkoord, waarbij de focus ligt op financiën. Deze rapportage is een vervolg op eerdere rapportage *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging van Te Brake et al. (2007)*, waarin de effecten van het vogelaarakkoord voor 2006 werden besproken. In de huidige rapportage is de ontwikkeling van het honoreringssysteem geëvalueerd voor het eerste en tweede halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007.

Aantal gedeclareerde verrichtingen

De financiële gevolgen van het vogelaarakkoord zijn terug te vinden in het aantal gedeclareerde verrichtingen. Onder deze verrichtingen vallen verrichtingen (consulten, visites, herhaalrecepten e.d.) van de huisarts en de praktijkondersteuner (POH) en verrichtingen in het kader van de module Modernisatie en Innovatie (M&I). Onder de laatst genoemde module kunnen verrichtingen worden gedeclareerd waarvan wordt gedacht dat zij substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn (bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen) of de kwaliteit van de zorg verbeteren (bijvoorbeeld cognitieve functietest). De kosten van de verrichtingen van de huisarts en praktijkondersteuner worden uitgedrukt in consulteenheden. De verrichtingen hebben verschillende consulteenheden, wat belangrijk is in financiële zin. Eén consulteenheid komt overeen met €9,-. De kosten van M&I-verrichtingen variëren, doordat verzekeraar kunnen variëren in het te honoreren tarief in de onderhandelingen met de huisartsenpraktijk.

Tussen het eerste halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007 is het aantal consulteenheden voor zowel de huisarts (6,5%) als de praktijkondersteuner (13%) gestegen. Ook het aantal M&I-verrichtingen is sterk gestegen (20%). De stijging in het aantal consulteenheden van de huisarts wordt voornamelijk veroorzaakt door de lange consulten en lange visites, die respectievelijk met 2 en 2,5 consulteenheid worden gehonoreerd. Bij de verrichtingen van de praktijkondersteuner wordt de stijging in het aantal consulteenheden met name veroorzaakt door de consulten (lange en korte).

Zorggebruik

Naast het aantal gedeclareerde verrichtingen is het interessant om te onderzoeken of de huisartsenpraktijken ook daadwerkelijk meer zorgcontacten zijn gaan uitvoeren, of dat dit (alleen) wordt veroorzaakt doordat er meer zorgcontacten zijn gedeclareerd.

Het aantal zorgcontacten is tussen het eerste halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007 met 8% gestegen. Hierbij werd een hogere stijging voor voormalig particulier verzekerden gevonden dan voor voormalig ziekenfondsverzekerden. Het percentage van de zorgcontacten dat vervolgens werd gedeclareerd liet een daling zien van 87,1% in het eerste halfjaar van 2006 naar 84,0% in het eerste halfjaar van 2007. Dit betekent dat de stijging in het aantal gedeclareerde verrichtingen niet het gevolg is van een andere manier van declareren, maar van een toename in het aantal patiënten dat contact heeft met de huisarts.

Passantentarief

Met de invoering van het nieuwe honoreringssysteem is ook het gebruik van het passantentarief gewijzigd. Voor de invoering van de ZVW gold dat passantentarieven slechts mochten worden gedeclareerd bij de behandeling van patiënten die niet in de eigen praktijk stonden ingeschreven. Sinds de zorgstelselwijziging is daar de voorwaarde aan toegevoegd dat deze patiënten niet in dezelfde gemeente woonachtig mogen zijn als waar de praktijk gevestigd is. Er is gekeken hoe het passantentarief van het eerste halfjaar van 2006 naar het eerste halfjaar van 2007 werd uitgevoerd.

Het passantentarief wordt naar verloop van tijd iets beter toegepast. In het eerste halfjaar van 2006 was slechts 28,3% van de gedeclareerde passantentarieven correct, dit was opgelopen tot 36,8% in het eerste halfjaar van 2007. Hoewel er duidelijk sprake is van verbetering, blijven deze percentages in absolute zin natuurlijk laag.

Modernisatie & Innovatie verrichtingen

In de module M&I kunnen innovatieve verrichtingen en verrichtingen waarvan gedacht wordt dat deze substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn voor alle patiënten worden gedeclareerd.

De vraag is of huisartsen die meer M&I verrichtingen uitvoeren ook minder verwijzen.

De relatie tussen het aantal verwijzingen en M&I verrichtingen werd geanalyseerd door te kijken naar de samenhang (correlatie) tussen het procentueel aandeel M&I verrichtingen en het procentueel aandeel verwijzingen binnen de diagnoses die het vaakst voorkomen bij de meest voorkomende M&I verrichtingen. Naar voren kwam dat het apart declareren van diagnostische metingen, longfunctiemetingen, therapeutische injecties en diabetes-begeleiding nog niet leidt tot een geringer aantal verwijzingen naar de tweede lijn, terwijl dat voor chirurgische ingrepen wel het geval lijkt.

7.2 Vergelijking met eerdere rapportage Te Brake et al.

Deze rapportage is het vervolg van de eerdere rapportage *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging van Te Brake et al. (2007)*. Daarin werd een evaluatie uitgevoerd van de gemaakte aannames en uitgangspunten van het Vogelaarakkoord. Het huidige rapport evalueert het Vogelaarakkoord voor 2006 en de eerste halfjaar van 2007. Op een aantal punten verschilt echter ook de methodologie, met name waar het de selectie van praktijken betreft. Doordat voor een aantal praktijken om logistieke redenen de

extractie van gegevens slechts 1 keer aan het eind van ieder kalenderjaar plaatsvindt, zijn een beperkt aantal gegevens beschikbaar voor het eerste halfjaar van 2007. Als enkel gekeken wordt naar praktijken die in alle periode hebben geregistreerd, wordt het aantal praktijken daardoor dermate klein dat geen betrouwbare steekproef van de Nederlands huisartsen overblijft. Daarom is gekozen om per periode alle praktijken te selecteren die betrouwbare gegevens hadden.

Een ander verschil betreft standaardisatie. Om de vergelijkbaarheid tussen de verschillende praktijken te verbeteren is in sommige analyses gestandaardiseerd voor achterstandswijk en leeftijd.

En tenslotte is de methode die gebruikt werd bij het analyseren van substitutie bij M&I-voorzieningen op een aantal punten herzien. Hierdoor kunnen de uitkomsten van huidige analyses niet zonder meer vergeleken worden met de eerdere analyses.

7.3 Sterke en zwakke punten

Voor dit onderzoek werden gegevens gebruikt die in 2006 en in het eerste halfjaar van 2007 werden verzameld door huisartsen die deelnemen aan het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH). Het LINH is een landelijk representatieve groep van huisartsenpraktijken, waardoor de resultaten van dit onderzoek representatief zijn voor de situatie in de Nederlandse huisartspraktijk.

In deze rapportage is er voor gekozen om binnen elke onderzochte periode de kwalitatief goed registrerende praktijken te selecteren. Dit heeft als nadeel dat er (kleine) verschillen zijn tussen de periodes in de selectie van praktijken. Een alternatief zou zijn geweest om alleen praktijken te includeren die over de gehele periode voldeden aan de kwaliteitscriteria. Dit zou hebben geresulteerd in een grotere uitval van praktijken. Zoals gezegd, is gekozen voor de eerste optie. Als controle hebben we in de voorkomende gevallen echter dezelfde analyses ook gedaan, gebruikmakend van de tweede optie. Dit leidde in grote lijnen tot dezelfde resultaten.

Een ander mogelijk kritiekpunt is van meer inhoudelijke aard. In deze huidige rapportage is alleen gekeken naar (trends in) aantallen zorgcontacten en verrichtingen. Er is niet gekeken naar de kwaliteit van de zorg die huisartsenpraktijken bieden. Gedacht kan worden dat huisartsenpraktijken met meer lange consulten en visites ook kwalitatief betere zorg kunnen bieden aan de patiënten. Het verschil in kwaliteit van zorg zal in verder onderzoek naar de effecten van de introductie van een bekostigingssysteem voor de huisartsenpraktijk moeten worden onderzocht.

7.4 Conclusie

Uit dit onderzoek zijn voor de periode van het eerste halfjaar van 2006 naar het eerste halfjaar van 2007 de volgende conclusie te trekken:

- 1) Het aantal gedeclareerde verrichtingen in de huisartsenpraktijk laat een sterke stijging zien van 6,5% bij de huisartsverrichtingen, 13% bij de POH-verrichtingen en 20% bij de M&I verrichtingen.
- 2) Deze stijging in het aantal gedeclareerde verrichtingen kan verklaard worden door een toename in het aantal zorgcontacten. Het aantal zorgcontacten is met 8% gestegen.
- 3) Het passantentarief wordt steeds beter toegepast.
- 4) Er lijkt een substitutie-effect te zijn voor de chirurgische ingrepen. Echter, voor de diagnostische metingen, longfunctiemetingen, therapeutische injecties en diabetes-begeleiding wordt dit niet gevonden.

Literatuur

Brake H te, Verheij R, Abrahamse H, Bakker D de. *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging. Monitor 2006*. Utrecht: NIVEL, 2007 .

CBS. Statline <<http://www.cbs.nl>>. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007.

Ctg-Zaio. *Tariefbeschikking huisartsenzorg ingangsdatum 01-01-2006*, 2005.

Devillé W, Verheij RA, Bakker D de. *Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2003. Verdeling van extra middelen aan huisartsen*. Utrecht : NIVEL, 2003.

Nielen M, Verheij RA, Bakker D de , Devillé W. *Vooronderzoek verbetering kwaliteit huisartsenzorg in achterstandsgebieden grote steden*. Utrecht: NIVEL, 2007.

NIVEL. *(Cijfers uit de registratie van huisartsen)*. <<http://www.nivel.nl>>. Utrecht, 2007.

SFK. Veel meer huisartsenvoorschriften. *Pharmaceutisch Weekblad*, 2007;142(38).

Vektis. <<http://www.vektis.nl>>. Zeist, 2007.

Verheij RA, Te Brake JHM, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.LINH.nl>>, 2007.

Vogelaar E. *Voorstel van Ella Vogelaar, onafhankelijk voorzitter van het overleg tussen LHV, VWS en ZN, aan genoemde partijen voor een beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007*, 2005.

Wood M, Lamberts H. *International Classification of primary care: prepared for the World Organisation of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians (WONCA) by the ICPC Working Party*. Oxford, New York, Tokio: Oxford University Press, 1987.

Bijlage I: Multilevel-analyse

Waar mogelijk zijn verschillen getoetst op significantie. Voor het toetsen van de ontwikkeling in verrichtingen, zorgcontacten en passantentarieven in de tijd, verschillen tussen POH- en niet-POH-praktijken en verschillen tussen voormalig ziekenfonds en particulier verzekerden is gebruik gemaakt van multilevel analyses. In de multilevel analyses worden twee niveaus onderscheiden: niveau 1 is de tijd en niveau 2 is de praktijk. De multilevel analyses zijn uitgevoerd in MLwiN 2.02. Hieronder zal per soort analyse worden uitgelegd wat voor analyse is uitgevoerd en zullen de uitkomsten van de analyses worden weergegeven.

Per uitkomstvariabele is allereerst gekeken of de uitkomstmaat normaal verdeeld was. Indien dit niet het geval is werd de uitkomstvariabele getransformeerd. Allereerst werd een log-transformatie (LG10) uitgevoerd, en als dit niet leidde tot een redelijk normaal verdeelde uitkomstmaat werd er een wortel transformatie (SQRT) uitgevoerd. Hierbij werden de waarden 0 vervangen door 0,0001, doordat in log-transformeren en wortel-transformeren niet gerekend kan worden met een uitkomstmaat van 0.

1. Ontwikkeling in aantal verrichtingen, zorgcontacten en passantentarief

Voor het statistisch toetsen van de ontwikkeling in aantal verrichtingen, zorgcontacten en gebruik van passantentarief werd voor elke uitkomstmaat een zogenaamde groeicurve gemaakt, die er in MLwiN als volgt uit ziet:

$$\text{Uitkomstmaat} = \beta_{0ij} * \text{cons} + \beta_1 * \text{tijd}_{ij} + U_{0j} + E_{0ij}$$

Waarbij β_{0ij} gecorrigeerd is voor een random intercept.

Er werd gekozen voor een significantieniveau van $p < 0,05$.

2. Verschil in huisartsverrichtingen tussen POH- en niet-POH-praktijk

Om te bepalen of er een verschil was tussen een POH- en niet POH-praktijk in het aantal huisartsverrichtingen werd gebruik gemaakt van de volgende vergelijking in MLwiN:

$$\text{Uitkomstmaat} = \beta_{0ij} * \text{cons} + \beta_1 * \text{POH}_{ij} + U_{0j} + E_{0ij}$$

Waarbij β_{0ij} gecorrigeerd is voor een random intercept.

Er werd gekozen voor een significantieniveau van $p < 0,05$.

3. Verschil in ontwikkeling in huisartsverrichtingen tussen POH- en niet-POH-praktijk

Om te kijken of er een verschil in trend in aantal huisartsverrichtingen was tussen een POH- en niet-POH-praktijk is gebruik gemaakt van de volgende vergelijking in MLwiN:

$$\text{Uitkomstmaat} = \beta_{0ij} * \text{cons} + \beta_1 * \text{POH}_{ij} + \beta_2 * \text{tijd}_{ij} + \beta_3 * \text{tijd} * \text{POH}_{ij} + U_{0j} + E_{0ij}$$

Waarbij β_{0ij} gecorrigeerd is voor een random intercept.

Hierbij wordt gekeken naar de interactieterm $\text{tijd} * \text{POH}_{ij}$

Er is gekozen voor een significantieniveau van $p < 0,1$.

4. Verschil in (percentage gedeclareerde) zorgcontacten tussen voormalig ziekenfonds en particulier verzekerden

Om te bepalen of er een verschil was in het aantal zorgcontacten en percentage gedeclareerde zorgcontacten tussen voormalig ziekenfonds en particulier verzekerden werd gebruik gemaakt van de volgende vergelijking in MLwinN:

$$\text{Uitkomstmaat} = \beta_{0ij} * \text{cons} + \beta_1 * \text{VZ}_{ij} + U_{0j} + E_{0ij}$$

Waarbij β_{0ij} gecorrigeerd is voor een random intercept.

Er werd gekozen voor een significantieniveau van $p < 0,05$.

5. Verschil in ontwikkeling in (percentage gedeclareerde) zorgcontacten tussen voormalig ziekenfonds en particulier verzekerden

Om te kijken of er een verschil in trend was in het aantal zorgcontacten en gedeclareerde zorgcontacten tussen voormalig ziekenfonds en particulier verzekerden is gebruik gemaakt van de volgende formule:

$$\text{Uitkomstmaat} = \beta_{0ij} * \text{cons} + \beta_1 * \text{VZ}_{ij} + \beta_2 * \text{tijd}_{ij} + \beta_3 * \text{tijd} * \text{VZ}_{ij} + U_{0j} + E_{0ij}$$

Waarbij β_{0ij} gecorrigeerd is voor een random intercept.

Hierbij wordt gekeken naar de interactieterm $\text{tijd} * \text{VZ}_{ij}$

Hierbij is gekozen voor een significantieniveau van $p < 0,1$.

6. Uitkomsten Multilevel analyses

Toets	Regr/stan error	Significantie
Alle MI-verrichtingen	4.16	<0.001
Ha12000 (tijd)	2.13	<0.05
Ha12001 (tijd)	4.52	<0.001
Ha12002 (tijd)	3.34	<0.001
Ha12003 (tijd)*	3.22	<0.01
Ha12004 (tijd)	3.13	<0.01
Ha12005 (tijd)**	7.5	<0.001
Ha12006 (tijd)**	4.04	<0.001
Ha12007 (tijd)**	1.11	NS
POH12100 (tijd)**	2.21	<0.05
POH12101 (tijd)**	2.97	<0.01
POH12102 (tijd)**	1.21	NS
POH12103 (tijd)**	1.11	NS
POH12104 (tijd)**	0.87	NS
POH12105 (tijd)**	0.67	NS
POH12106 (tijd)**	0.44	NS
Ha12000 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	1.627	NS
Ha12001 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	1.471	NS
Ha12002 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	0.901	NS
Ha12003* (POH vs Niet POH alle periodes samen)	1.99	<0.05
Ha12004 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	1.02	NS
Ha12005** (POH vs Niet POH alle periodes samen)	0.417	NS
Ha12006** (POH vs Niet POH alle periodes samen)	0.27	NS
Ha12007** (POH vs Niet POH alle periodes samen)	0.02	NS
Ha12000 (POH vs niet POH tijd)	0.21	NS
Ha12001 (POH vs niet POH tijd)	1.61	NS
Ha12002 (POH vs niet POH tijd)	0.99	NS
Ha12003* (POH vs niet POH tijd)	1.66	<0.1
Ha12004 (POH vs niet POH tijd)	1.53	NS
Ha12005** (POH vs niet POH tijd)	0.8	NS
Ha12006** (POH vs niet POH tijd)	1.33	NS
Ha12007** (POH vs niet POH tijd)	0.37	NS
Zorgcontacten** (tijd)	5	<0.001
Zorgcontacten Particulier** (tijd)	3.83	<0.001
Zorgcontacten Ziekenfonds** (tijd)	4.25	<0.001
Percentage gedeclareerde zorgcontacten (tijd)	0.43	NS
Percentage gedeclareerde zorgcontacten Particulier (tijd)	0.18	NS
Percentage gedeclareerde zorgcontacten Ziekenfonds (tijd)	0.73	NS
Zorgcontacten** (particulier vs ziekenfonds alle periodes samen)	14.83	<0.001
Zorgcontacten** (PA vs ZF tijd)	1.46	NS
Percentage gedeclareerde zorgcontacten (PA vs ZF tijd)	0.51	NS
Percentage passantarieven cat1 (tijd)	0.93	NS
Percentage passantarieven cat2 (tijd)	3.54	<0.001
Percentage passantarieven cat3 (tijd)	2.27	<0.05
Percentage passantarieven cat4 (tijd)	0.88	NS

* Uitkomstmaat sqrt(variabele) getransformeerd, ** Uitkomstmaat lg10 (variabele) getransformeerd.