

Bekostiging van de huisartsenzorg:

Eindrapportage

C.E. van Dijk ¹

R.A. Verheij ¹

H. van den Hoogen ²

D.H. de Bakker ¹

¹NIVEL

²IQ Healthcare



ISBN 978-90-6905-955-6

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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 Het honoreringssysteem voor de huisartsenzorg sinds 2006	6
1.2.1 Inschrijftarief	6
1.2.2 Consulttarief	6
1.2.3 Passantentarief	7
1.2.4 Modernisatie en Innovatie (M&I) verrichtingen	7
1.3 Doel van het onderzoek	7
1.4 Vraagstelling en opbouw van het rapport	7
1.5 Eerdere monitor Vogelaarakkoord	9
2 Methode	11
2.1 Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)	11
2.2 Praktijken en patiënten	11
2.3 Statistische toetsen	12
3 Wat wordt er gedeclareerd en wat zijn de kosten?	13
3.1 Methode	13
3.2 Verrichtingen van de huisarts	14
3.3 Verrichtingen van de praktijkondersteuner	17
3.4 POH-praktijk versus niet-POH-praktijk: verrichtingen van de huisarts	21
3.5 Verrichtingen Modernisering en Innovatie (M&I)	24
3.6 Conclusie	26
4 Ontwikkelingen 2006-2007 in het gebruik van huisartsenzorg	27
4.1 Methode	27
4.2 Veranderingen in het aantal zorgcontacten	28
4.3 Veranderingen in gedeclareerde zorgcontacten	28
4.4 Conclusie	29
5 Hoe worden de passantentarieven gehanteerd?	31
5.1 Methode	31
5.2 Resultaten	32
5.3 Conclusie	33
6 Substitutie ten gevolge van de module Modernisatie en Innovatie (M&I)	35
6.1 Methode	35
6.2 Resultaten	38
6.3 Conclusie	38

7 Samenvatting, conclusie en discussie	41
7.1 Inleiding	41
7.2 Samenvatting	41
7.3 Beschouwing	44
Literatuur	47
Bijlage I: Multilevel-analyse	49

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 basis 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 verrichtingen-systeem. Het doel van het nieuwe honoreringssysteem was om de goede eigenschappen van de verschillende honoreringssystemen te combineren. Enerzijds met een abonnementshonorarium, 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 een belangrijk punt in dit voorstel. Substitutie houdt in dat zorg uit de tweede lijn verplaatst wordt naar de eerste lijn. Zorg in de eerste lijn is over het algemeen goedkoper dan specialistische zorg in de tweede lijn. Om dit te bewerkstelligen is er de module Modernisering en Innovatie. In het Vogelaarakkoord is afgesproken om het nieuwe bekostigingssysteem te monitoren. In eerste instantie werd het bekostigingssysteem in het Vogelaarakkoord voor twee jaar ingevoerd, waarna nieuwe afspraken gemaakt zouden worden. In overleg tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) werd eind 2007 besloten het bekostigingssysteem tot eind 2008 ongewijzigd te laten.

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) en *Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar 2007* (van Dijk et al, 2008), waarin de financiële gevolgen van de stelselherziening in kaart werden gebracht voor 2006 en het eerste halfjaar van 2007.

1.2 Het honoreringssysteem voor de huisartsenzorg sinds 2006

Het bekostigingssysteem voor de huisartsen bestaat uit 4 onderdelen.

1.2.1 *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 en praktijken met achterstandswijkproblematiek. 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
Achterstandsfonds	€ 6,00

* opslag inschrijftarief voor digitaal aanleveren van declaraties gold tot 1-4-2008

1.2.2 *Consulttarief*

Als tweede is er een regulier consulttarief dat vastgesteld is op € 9,- per consulteenheid. Consulteenheden zijn voornamelijk van belang in financieel opzicht: 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 huisartsverrichtingen 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	Passantentarief
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

1.2.3 *Passantentarief*

Verder is er een passantentarief 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 passantentarief worden gedeclareerd voor alle niet-ingeschreven patiënten, ongeacht woonplaats. De consulteenheden komen overeen met de consulteenheden van de reguliere verrichtingen van de huisarts en de praktijkondersteuner (tabel 1.2). Voor passanten binnen de eigen gemeente dient de huisarts een normaal consulttarief te declareren. Door deze grote verandering wordt in het Vogelaarakkoord beoogd het onbedoeld en onheus gebruik van het passantentarief streng aan te pakken.

1.2.4 *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.

In het Vogelaarakkoord wordt een totaal beschikbaar financieel budget aangegeven. Echter, omdat de kosten voor onder andere de consulttarieven een open-einde regeling betreffen en besparingen van substitutie niet bekend zijn, dienen de ontwikkelingen in gedeclareerde verrichtingen en dergelijke te worden geëvalueerd.

Voor een uitgebreide beschrijving van het nieuwe honoreringssysteem verwijzen we naar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2008) en het Vogelaarakkoord (Vogelaar,2005).

1.3 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 de voorgaande rapporten ligt op de kostenontwikkeling van huisartsenzorg en niet direct op de inhoud van de zorgverlening. Hierbij zal aandacht worden besteed aan onderwerpen die ook in het Vogelaarakkoord worden besproken, zoals de ontwikkeling in de kosten van de verrichtingen van de huisarts en de praktijkondersteuner, passantentarief en mogelijke substitutie-effecten van M&I-verrichtingen. Hierin zal de ontwikkeling van het honoreringssysteem worden geëvalueerd voor het eerste en tweede halfjaar van 2006 en 2007.

1.4 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** in worden gegaan op de gebruikte methode.

Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van de totale kosten voor de verschillende delen van de huisartsgezondheidszorg 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. Onder verrichtingen vallen de consulten, visites, herhaalrecepten e.d.. 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. Het aantal zorgcontacten geeft een indicatie over het zorggebruik van de patiënt. 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 zich in vergelijking tot de voorgaande periode; en is hier bij voormalig particulier en ziekenfondspatiënten een wijziging opgetreden?*
 - b. *Hoe ontwikkelt het aantal gedeclareerde verrichtingen zich tot het totaal aantal contacten; en is hier bij voormalig particulier en ziekenfondspatiënten een wijziging opgetreden?*

In **hoofdstuk 5** worden de gedeclareerde passantentarieven nader bekeken. De passantentarieven 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 passantentarief 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.

1.5 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) en het eerste halfjaar van 2007 (van Dijk et al., 2008). In het rapport van Te Brake et al kwam naar voren dat het aantal gedeclareerde consulteenheden van de huisarts in 2006 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. De rapportage Van Dijk et al. toonde dat het aantal consulteenheden steeg tussen het eerste halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007 voor de huisarts (6,5%), de praktijkondersteuner (13%) en ook voor M&I-verrichtingen (20%). Deze stijging in consulteenheden werd tevens gevonden in het aantal zorgcontacten, waar een stijging van 8% werd waargenomen. In deze rapportages werd ook gekeken of het vernieuwde passantentarief goed werd toegepast. Uit de onderzoeken bleek dat het passantentarief slechts in één derde van de gevallen terecht werd gedeclareerd en dat het passantentarief in de loop van de tijd iets beter wordt toegepast. Er werden veel meer passantentarief gedeclareerd dan terecht was. Als laatste werd gekeken naar een mogelijk substitutie-effect van de M&I-verrichtingen. In de eerste evaluatie vonden Te Brake et al geen substitutie-effect voor M&I-verrichtingen. In de tweede evaluatie vonden Van Dijk et al. met een herziene methode aanwijzingen echter wel een substitutie-effect voor kleine chirurgische ingrepen.

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 Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van ongeveer 130 huisartsenpraktijken. Dit is inclusief praktijken die deelnemen aan de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) Peilstations (Donker, 2007). 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. Bij een aantal praktijken vindt om logistieke redenen de extractie 1 keer plaats aan het eind van ieder kalenderjaar. De data betreffende verrichtingen en inschrijftarieven wordt ook 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 IQ healthcare. 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, in het eerste halfjaar van 2007 109 en in het tweede halfjaar van 2007 106. Niet alle praktijken konden voor alle analyses worden meegenomen, doordat niet alle gegevens beschikbaar waren voor alle praktijken. Het verschil in aantal praktijken wordt veroorzaakt doordat er binnen het LINH een natuurlijk verloop in het aantal deelnemende huisartsenpraktijken plaatsvindt doordat huisartspraktijken afvallen en er nieuwe huisartspraktijken voor in de plaats komen. De LINH-praktijken uit deze selectie zijn representatief wat betreft stedelijkheid en landsdeel (noord, oost, zuid, west) voor Nederland, maar niet wat betreft soort praktijk. Binnen LINH zitten relatief meer solo praktijken en minder duopraktijken ($p < 0,05$).

Cijfers over aantallen gedeclareerde verrichtingen, zorgcontacten en passantentarieven worden uitgedrukt per 1.000 ingeschreven patiënten. Binnen deze praktijken stonden in het eerste halfjaar van 2006 343.627 patiënten ingeschreven, in het tweede halfjaar van 2006 339.612, in het eerste halfjaar van 2007 386.901 en in het tweede halfjaar van 2007 384.507

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

2.3 Statistische toetsen

Bij analyses die betrekking hebben op streekproefgegevens (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 tussen het tweede halfjaar van 2006 en het tweede halfjaar van 2007. 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 (tweede halfjaar van 2006 en 2007) en niveau 2 is de praktijk. De multilevel analyses werden uitgevoerd in MLwiN 2.02. In bijlage I wordt een uitgebreid overzicht gegeven van de gebruikte vergelijkingen en uitkomsten van de multilevel analyses. De analyses werden uitgevoerd op praktijkniveau. Hiervoor is gekozen omdat er in het rapport gekozen is voor de financiële context waardoor bijvoorbeeld consulten en visites voor passanten binnen de eigen gemeente worden meegenomen in de gedeclareerde 'normale' verrichtingen. Hierdoor is het niet mogelijk om op patiëntniveau de verschillen te toetsen. Daarnaast zijn multilevel-analyses noodzakelijk omdat er voor een deel van de praktijken slechts een meetmoment is en voor andere praktijken twee meetmomenten in de tijd zijn (zie beschrijving van methode in de vervolghoofdstukken). Hierdoor is de correctie voor clustering binnen praktijken noodzakelijk.

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 2007. Allereerst zal afzonderlijk gekeken worden naar de huisartsverrichtingen en de POH-verrichtingen. Vervolgens zal worden gekeken hoe het aantal huisartsverrichtingen 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. In elke paragraaf zal eerst de vergelijking tussen het tweede halfjaar van 2006 en het tweede halfjaar van 2007 worden beschreven, waarna de paragraaf eindigt met een korte bespreking van de gecombineerde resultaten van deze rapportage en de rapportage van Van Dijk et al. (2008).

3.1 Methode

Tabel 3.1 toont het aantal praktijken en patiënten per periode 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 van patiënten. Nielen et al. (2007) vonden in hun onderzoek dat mensen in een achterstandswijk minder gezond zijn. 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 in de analyses

	1 ^e halfjaar 2006	2 ^e halfjaar 2006	1 ^e halfjaar 2007	2 ^e halfjaar 2007
Alle praktijken				
Aantal praktijken	92	93	109	106
Aantal patiënten (x 1.000)	343	341	387	385
POH-praktijken				
Aantal praktijken	59	58	64	65
Aantal patiënten (x 1.000)	254	247	267	276
Niet-POH-praktijken				
Aantal praktijken	33	35	45	41
Aantal patiënten (x 1.000)	89	94	119	109

¹ De referentiegroep werd gebaseerd op de rapportage Herijking stedelijke achterstandsgebieden (Devillé et al, 2003) en CBS-gegevens uit 2003 (CBS,2007). Uit de 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 leeftijds-categorie 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 in beschrijvende zin worden beschreven en zowel worden uitgedrukt in absolute aantallen als in consulteenheden per 1000 ingeschreven patiënten. Een consulteenheid is voornamelijk belangrijk in financiële zin (tabel 1.2). Hierbij zijn ook de passanten binnen de eigen gemeente meegenomen, omdat bij deze patiënten in het nieuwe honoreringssysteem een regulier tarief dient te worden gedeclareerd.

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 het eerste halfjaar van 2006, 2569 in het tweede halfjaar van 2006, 2758 in het eerste halfjaar van 2007 en 2679 in het tweede halfjaar van 2007.

Het aantal lange consulten en visites laat een stijgende trend zien tussen het tweede halfjaar van 2006 naar het tweede half jaar van 2007. Overige trendcijfers zijn niet significant tussen het tweede halfjaar van 2006 en 2007.

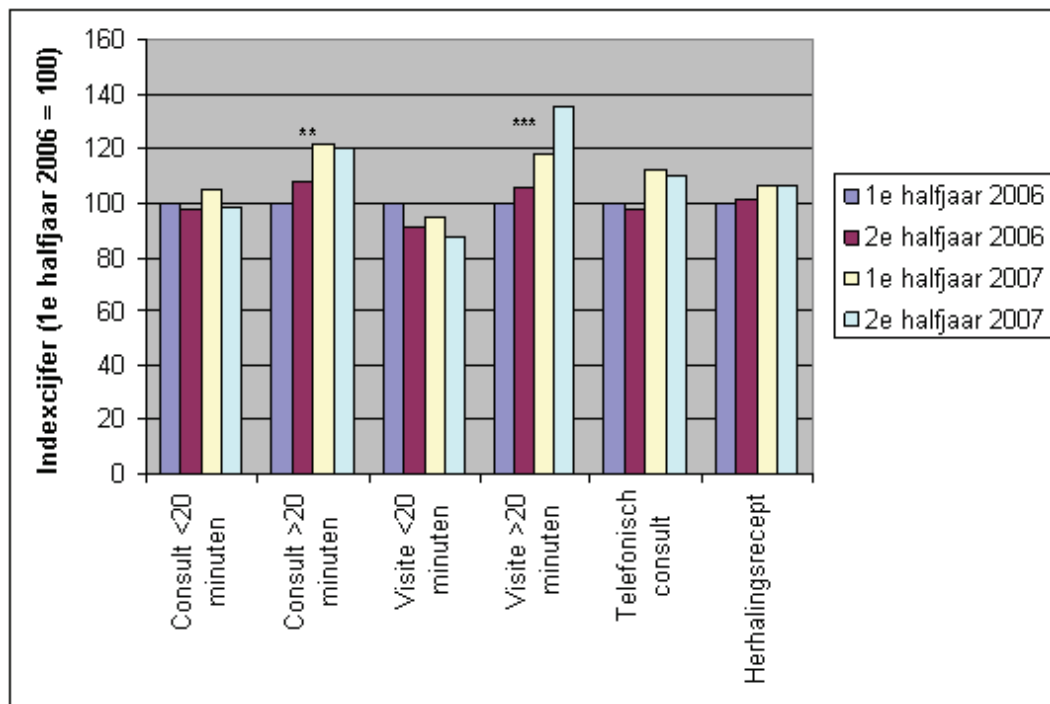
Tabel 3.2: Aantal gedeclareerde verrichtingen in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en 2007 per 1.000 ingeschreven patiënten

Type verrichting	CTG code	Declaraties per 1.000 patiënten			
		2006 periode 1 (N=92)	2006 periode 2 (N=93)	2007 periode 1 (N=109)	2007 periode 2 (N=106)
Consult <20 minuten	12000	1.071	1.045	1124	1058
Consult >20 minuten**	12001	98	106	119	118
Visite <20 minuten	12002	83	76	79	73
Visite >20 minuten***	12003	17	18	20	23
Telefonisch consult	12004	280	274	315	308
Herhalingsrecept	12005	1.031	1.046	1.097	1.095
Vaccinatie*	12006	3	3	3	3
E-mailconsult	12007	2	2	2	2
Totaal (per 1.000 patiënten)		2.585	2.569	2.758	2.679

Significante verschillen in trends tussen 2^{de} halfjaar 2006 en 2007: * 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 lange consulten en lange visites percentueel sterk groeien tussen het tweede halfjaar van 2006 en 2007, met respectievelijk een groei van 11% en 28% vergeleken met het tweede halfjaar van 2006.

Figuur 3.1: Ontwikkeling van huisartsverrichtingen per 1000 vaste patiënten van 1^e en 2^e halfjaar 2006-2007. Indexcijfers, 1e halfjaar 2006 =100



Significante verschillen in trends tussen 2^e halfjaar 2006 en 2007: **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, in het eerste halfjaar van 2007 2238 en in het tweede halfjaar van 2007 2164 consulteenheden, wat overeenkomt met bedragen van respectievelijk € 18.827, € 18.694, € 20.141 en €19.480 per 1.000 patiënten. Dit betekent een stijging van 4,2% van het tweede halfjaar van 2006 naar het tweede halfjaar van 2007. De procentuele stijging van het aantal consulteenheden is nagenoeg gelijk aan de stijging van het aantal verrichtingen (4,3%).

Tabel 3.3: Aantal consulteenheden huisarts in het eerste en tweede halfjaar van 2006 en 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=109)	2007 periode 2 (N=106)
Consult <20 minuten	12000	1.071	1.045	1.124	1.058
Consult >20 minuten	12001	195	211	238	236
Visite <20 minuten	12002	124	114	119	110
Visite >20 minuten	12003	43	45	49	57
Telefonisch consult	12004	140	137	158	154
Herhalingsrecept	12005	515	523	548	547
Vaccinatie	12006	2	2	1	1
E-mailconsult	12007	1	1	1	1
Totaal (per 1.000 patiënten)		2.092	2.077	2.238	2.164
Consulteenheden per patiënt		2,09	2,08	2,24	2,16
Consulteenheden per 1.000 patiënten* € 9,-		€ 18.827	€ 18.694	€20.141	€19.480

Tabel 3.4 laat de procentuele en absolute verandering in 2007 als geheel ten opzichte van 2006 als geheel zien. Procentueel zijn voornamelijk de consulten en visites langer dan 20 minuten procentueel sterk gegroeid. Het aantal 'korte' visites is daarentegen afgenomen. Als we kijken naar het totaal aantal visites, dan zien we in het aantal geen veranderingen. Er lijkt een verschuiving van korte naar steeds meer lange visites op te treden. Blijkbaar zijn huisartsenpraktijken meer lange visites gaan declareren. Ook het aantal telefonische consulten is in de loop van de tijd toegenomen. Het aantal 'korte' consulten en het aantal herhaalrecepten laat ook op jaarbasis nog een stijging zien (respectievelijk 3,1% en 5,5%). In beide gevallen zagen we een duidelijke afvlakking van de stijging in de tweede helft van het jaar (respectievelijk 1,2% en 4,6% groei).

Bekijken we de absolute bijdrage aan de volumegroei (laatste kolom tabel 3.4) dan zien we dat de korte consulten en de herhaalrecepten hier ongeveer even veel aan bijdragen als de lange consulten. Dat komt natuurlijk omdat korte consulten en herhaalrecepten het overgrote deel van het totale volume beslaan. Deze drie categorieën samen nemen 80% van de volumegroei voor hun rekening

Tabel 3.4 Verandering in het aantal gedeclareerde consulteenheden op jaarbasis tussen 2006 en 2007

Type verrichting	CTG code	Declaraties per 1000 patiënten		Verandering 2006-2007	
		2006	2007	Procentueel 2007/2006	Absoluut 2007-2006
Consult <20 minuten	12000	2.116	2.182	3,1	66
Consult >20 minuten	12001	406	474	16,7	68
Visite <20 minuten	12002	238	229	-3,8	-9
Visite >20 minuten	12003	88	106	20,5	18
Telefonisch consult	12004	277	312	12,6	35
Herhalingsrecept	12005	1.038	1.095	5,5	57
Vaccinatie	12006	4	2	-50,0	-2
E-mailconsult	12007	2	2	0,0	0
Totaal		4.169	4.402	5,6	233

3.3 Verrichtingen van de praktijkondersteuner

Bij de verrichtingen van de praktijkondersteuner kijken we naar alle praktijken én afzonderlijk naar POH-praktijken. Door ook te kijken naar alle praktijken, kan een globaal overzicht worden gemaakt van alle kosten van een gemiddelde huisartsenpraktijk. Tabel 3.5 toont het aantal gedeclareerde POH-verrichtingen per periode voor alle praktijken en voor POH-praktijken. Een POH-praktijk is gedefinieerd als 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, 84 in het eerste halfjaar van 2007 en 85 in het tweede halfjaar van 2007. Als we alleen kijken naar POH-praktijken was dit respectievelijk 118, 119, 123 en 120.

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 3.5: 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 patiënten			POH-praktijk per 1.000 patiënten		
		1 ^e halfjaar 2006 (N=92)	2 ^e halfjaar 2006 (N=93)	1 ^e halfjaar 2007 (N=109)	2 ^e halfjaar 2006 (N=59)	1 ^e halfjaar 2007 (N=64)	2 ^e halfjaar 2007 (N=65)
Consult <20 minuten	12100	33	31	33	49	48	45
Consult >20 minuten*	12101	26	27	30	39	42	43
Visite <20 minuten	12102	4	4	4	6	6	6
Visite >20 minuten	12103	4	3	4	6	5	5
Telefonisch consult	12104	8	8	11	12	13	17
Herhalingsrecept	12105	3	3	3	4	4	5
Vaccinatie	12106	0	0	0	0	0	0
Totaal (per 1.000)		77	77	84	118	119	123

Significante verschillen in trends tussen 2^{de} halfjaar 2006 en 2007: * p<0,05.

In tabel 3.6 zijn de aantallen verrichtingen omgerekend naar consulteenheden. Het aantal gedeclareerde POH-consulteenheden stijgt met 8,5% tussen het tweede halfjaar van 2006 en tweede halfjaar van 2007 wanneer alle praktijken worden meegenomen. Als enkel POH-praktijken worden bekeken is het aantal consulteenheden 1% hoger. De stijging wordt veroorzaakt doordat steeds meer praktijken POH-verrichtingen declareren, maar POH-praktijken niet meer POH-verrichtingen declareren.

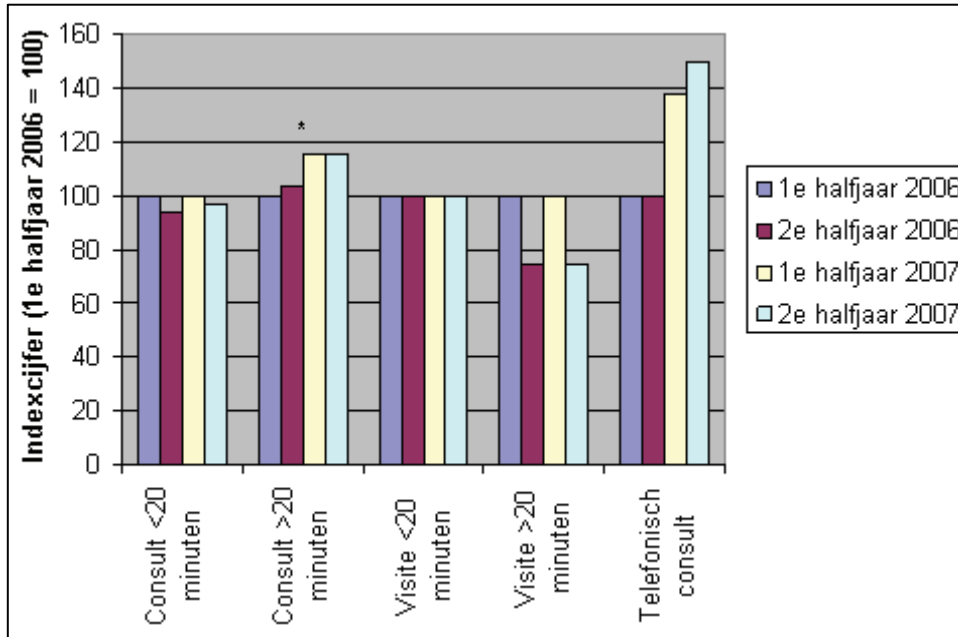
De inkomsten voor de huisartsenpraktijk van POH-verrichtingen per 1.000 patiënten stijgt van € 951,- in het eerste halfjaar van 2006 tot € 1.037,- in het tweede halfjaar van 2007 als gekeken wordt naar alle praktijken. Voor enkel POH-praktijken wordt een geringe stijging van € 1.448,- naar € 1.461,- gevonden.

Tabel 3.6: 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=109)	2 ^e halfjaar 2007 (N=106)	1 ^e halfjaar 2006 (N=58)	2 ^e halfjaar 2006 (N=59)	1 ^e halfjaar 2007 (N=64)	2 ^e halfjaar 2007 (N=65)
Consult <20 minuten	12100	33	31	33	32	49	48	48	45
Consult >20 minuten	12101	52	55	60	61	78	85	88	85
Visite <20 minuten	12102	6	6	6	6	8	9	9	9
Visite >20 minuten	12103	11	8	10	9	16	12	14	12
Telefonisch consult	12104	4	4	5	6	6	7	8	8
Herhalingsrecept	12105	1	1	1	2	2	2	2	3
Vaccinatie	12106	0	0	0	0	0	0	0	0
Totaal (per 1.000)		106	106	115	115	161	163	169	162
Consulteenheid per patiënt		0,11	0,11	0,12	0,12	0,16	0,16	0,17	0,16
Consulteenheden per 1.000 * € 9,-		€ 951	€ 950	€1.039	€1.037	€1.448	€ 1.464	€1.519	€1.461

Figuur 3.2 laat de ontwikkeling zien van gedeclareerde POH-verrichtingen voor alle praktijken (indexcijfers, 1e halfjaar 2006 = 100). In deze figuur is te zien dat de lange consulten stijgen, met een groei van 11% vergeleken met het tweede halfjaar van 2006.

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



Significante verschillen in trends tussen 2^e halfjaar 2006 en 2007: * p<0,05.

Over de gehele periode 2006 en 2007 is het aantal POH-verrichtingen in de huisartsenpraktijk stabiel. Het aantal lange consulten laat echter een stijging zien. Het aantal telefonische consulten lijkt ook te stijgen, alleen waren deze verschillen niet significant en gaat het hierbij om geringe aantallen.

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 dat normaal gesproken door de huisarts zelf werd 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 3.7 laat het aantal consulten van de huisarts zien voor POH-praktijken en niet-POH-praktijken.

Het aantal consulteenheden, en daarmee de kosten, ligt in alle periodes hoger voor de POH-praktijk, waarbij alleen de lange visites en vaccinaties over alle periodes een significant verschil laat zien ($p < 0,05$ en $p < 0,01$). De lange visites zijn in het tweede halfjaar van 2007 bij elkaar genomen iets hoger voor een POH-praktijk dan voor een niet-POH-praktijk. De stijging in het aantal consulteenheden van het tweede halfjaar van 2006 naar het tweede halfjaar van 2007 is voor een POH-praktijk 5,2 %, terwijl een niet-POH-praktijk een lichte daling laat zien van 1,3%. De korte consulten en visites (beiden zowel lang als kort) laten een significant verschil in verloop van tijd zien tussen een POH- en niet-POH-praktijk.

Tabel 3.7: Aantal consulteenheden huisarts in het 1e en 2e 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° halfjaar 2006 (N=59)	2° halfjaar 2006 (N=58)	1° halfjaar 2007 (N=64)	2° halfjaar 2007 (N=65)	1° halfjaar 2006 (N=33)	2° halfjaar 2006 (N=35)	1° halfjaar 2007 (N=45)	2° halfjaar 2007 (N=41)
Consult<20 minuten***	12000	1.081	1.070	1.140	1.085	1.048	1.000	1.087	989
Consult >20 minuten	12001	185	195	242	234	213	237	225	232
Visite <20 minuten***	12002	122	110	116	113	129	120	123	103
Visite >20 minuten* en ***	12003	44	44	59	58	43	47	27	55
Telefonisch consult	12004	143	141	167	155	134	129	136	150
Herhalingsrecept	12005	518	521	558	562	508	526	524	510
Vaccinatie**	12006	2	2	2	2	1	1	1	0
E-mail consult	12007	1	1	1	1	1	1	1	1
Totaal (per 1.000)		2.096	2.084	2.284	2.210	2.079	2.061	2.125	2.039
Consulteenheden per patiënt		2,10	2,08	2,28	2,21	2,08	2,06	2,13	2,04
Consulteenheden per 1.000 * € 9,-		€ 18861	€ 18754	€ 20559	€ 19888	€ 18708	€ 18551	€ 19129	€ 18355

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

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

*** Significante trendverschil tussen POH- en niet-POH-praktijk ($p < 0,05$).

Samengevat betekent het in dienst hebben van een praktijkondersteuner niet dat er minder huisartsverrichtingen worden gedeclareerd. De stijging van het aantal consulteenheden is hoger voor een POH-praktijk. 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 huisartsverrichtingen. Deze analyse valt echter buiten het bestek van dit onderzoek. Het uitblijven van deze substitutie van huisarts naar praktijkondersteuner kan wellicht worden verklaard door een toename in kwaliteit van zorg door de extra contacten van de praktijkondersteuner. Onderzoek van Laurant (2007) geeft aan dat praktijkondersteuners de kwaliteit van de zorg verbeteren en bijdragen aan een goede gezondheid van de patiënt. Tevens kunnen de verschillen wellicht verklaard worden dat voornamelijk praktijken die voorheen veel contacten hadden juist een POH-er in dienst hebben genomen.

3.5 Verrichtingen Modernisering en Innovatie (M&I)

Tabel 3.8 geeft het overzicht van de aantallen M&I-verrichtingen die zijn gedeclareerd in de verschillende periodes. Hierbij is alleen gekeken naar de 13.000-codes, omdat deze landelijk zijn vastgesteld. De 14.000 zijn specifiek per verzekeraar en zijn om deze reden buiten beschouwing gelaten. 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, 89,7 in het eerste halfjaar van 2007 en 87,7 in het tweede halfjaar van 2007. Dit is een stijging van 20 procent ten opzichte van het tweede halfjaar 2006 ($p < 0,001$). Het grootste aandeel in het aantal M&I-verrichtingen hebben de chirurgie (18,4%), therapeutische injectie (10,5%), longfunctiemeting (9,8%), verrichting ter vervanging specialistenbezoek (7,3%) en de diabetes begeleiding per jaar (9,8%).

Met name bij tympanometrie (125%), gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis (109%) en bloeddrukmeting (107%) is sprake van een sterke stijging. De financiële gevolgen zijn moeilijk in te schatten, doordat verzekeraars kunnen variëren in het te honoreren tarief en niet op landelijk niveau worden bepaald.

Er zijn twee mogelijke verklaringen voor deze stijging. Allereerst kan het zijn dat de huisartspraktijken daadwerkelijk meer van deze verrichtingen hebben uitgevoerd. Daarnaast kan het veroorzaakt worden door een betere bekendheid met de mogelijkheid van 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.

Over de gehele periode 2006 en 2007 is het totaal aantal M&I-verrichtingen gestegen tussen 2006 en 2007, met gemiddeld 21%.

Tabel 3.8: 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 halfjaar	2 ^e halfjaar	1 ^e halfjaar	2 ^e halfjaar
		2006 (N=92)	2006 (N=93)	2007 (N=109)	2007 (N=106)
Audiometrie	13000	1,7	1,7	1,9	1,8
Diagnostiek met behulp van Doppler	13001	1,1	1,0	1,4	1,3
Allergietest	13002	0,6	0,9	1,2	1,1
Tympanometrie	13003	0,6	0,4	1,2	0,9
Longfunctiemeting	13004	7,2	7,2	9,2	8,0
ECG-diagnostiek	13005	3,5	3,4	4,4	4,6
Spleetlamponderzoek	13006	0,6	0,7	0,8	1,2
Tele-echo, tele-röntgen, tele-hartmonitoring op de waddeneilanden	13007	0,0	0,0	0,0	0,0
Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting	13008	1,2	1,4	2,6	2,9
Teledermatologie	13009	0,2	0,1	0,3	0,5
Cognitieve functietest (MMSE)	13010	0,4	0,4	0,5	0,5
Hartritmestoornissen	13011	0,1	0,2	0,3	0,3
Chirurgie	13012	13,5	14,5	16,4	15,3
Chirurgie in geval van cosmetiek	13013	0,0	0,1	0,1	0,1
Tapen	13014	1,3	1,3	1,5	1,4
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris	13015	1,2	1,4	1,5	1,1
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk	13016	3,1	3,0	3,2	3,0
Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis	13017	0,4	0,5	0,5	0,4
Verrichting ter vervanging specialistenbezoek	13018	5,9	5,5	5,9	6,4
Trombosebeen	13019	0,1	0,1	0,0	0,0
Varices sclerosering	13020	0,0	0,0	0,0	0,0
Varices sclerosering in geval van cosmetiek	13021	0,0	0,0	0,0	0,0
Desensibilisatiekuur	13022	0,7	0,4	0,5	0,5
Therapeutische injectie (Cyriax)	13023	8,1	7,8	9,2	8,9
Oogboring	13024	0,6	0,5	0,7	0,5
Aanmeten en plaatsen pessarium	13025	1,1	1,1	0,9	0,8
Urinekatheterisatie	13026	0,7	0,6	0,7	0,7
MRSA-screening	13027	0,1	0,1	0,1	0,2
Otitis externa	13028	0,2	0,6	0,4	0,5
Diabetes begeleiding per jaar	13029	5,8	5,7	9,8	10,4
Diabetes – instellen op insuline	13030	0,3	0,7	0,9	0,8
COPD-gestructureerde zorg per jaar	13031	0,5	0,4	0,3	0,5
Palliatieve consultatie, visite	13032	0,0	0,0	0,0	0,0
Palliatieve consultatie, telefonisch	13033	0,0	0,0	0,0	0,0
Intensieve zorg, visite, dag	13034	4,9	4,3	4,3	3,9
Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag	13035	2,3	2,1	1,9	2,1
Intensieve zorg, ANW visite	13036	0,2	0,2	0,3	0,2
Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten	13037	0,3	0,3	0,3	0,2
Euthanasie	13038	0,0	0,0	0,1	0,1
Reizigersadvisering	13039	1,9	1,6	2,2	1,7
Sterilisatie man	13040	0,0	0,0	0,0	0,0
Besnijdenis	13041	0,2	0,0	0,0	0,0
IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje	13042	1,7	1,6	2,0	2,0
Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis	13043	1,2	1,1	1,9	2,3
Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang	13044	0,0	0,2	0,3	0,7
Module Abdominale echografie	13045	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal (per 1.000)*		73,4	73,2	89,7	87,7

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

3.6 Conclusie

In 2007 rapporteerden Te Brake et al. (2007) dat het aantal gedeclareerde verrichtingen in 2006 hoger uitviel dan was beraamd. Daarnaast rapporteerden Van Dijk et al. (2008) dat het aantal consulteenheden van de huisartsverrichtingen en POH-verrichtingen en het aantal M&I-verrichtingen sterk stegen van het eerste halfjaar van 2006 naar het eerste halfjaar van 2007. Deze rapportage laat zien dat het aantal huisartsverrichtingen en POH-verrichtingen nog steeds stijgt van het tweede halfjaar van 2006 naar het tweede halfjaar van 2007, maar dat deze stijging veel kleiner is dan voor het eerste halfjaar 2006 ten opzichte van het eerste halfjaar van 2007. De stijging van het aantal M&I-verrichtingen laat echter een onveranderde groei zien van 20% van het tweede halfjaar van 2006 naar het tweede halfjaar van 2007. De gevonden verschillen kunnen niet worden verklaard door een veranderde praktijkselectie tussen de periode, doordat subanalyses met enkel praktijken met gegevens in alle periodes gelijke uitkomsten laten zien.

Als de cijfers uit de rapportage worden vergeleken met andere gegevensbronnen blijken cijfers overeen te komen. De stijging in het aantal herhaalrecepten tussen de gehele jaren 2006 en 2007 (5,5%) is vergelijkbaar met de stijging die de stichting farmaceutische kengetallen vindt (www.sfk.nl). Deze vindt een stijging van 6,4% in het aantal herhaalrecepten tussen 2006 en 2007. In de cijfers van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS komt naar voren dat het aantal gerapporteerde contacten met 5,5% is toegenomen tussen 2006 en 2007 (CBS, 2008). In dit onderzoek wordt aan respondenten gevraagd hoe vaak ze contact hadden met de huisarts uitgesplitst naar contacten bij de arts, contacten bij de patiënt en telefonische contacten. Dit komt overeen met de door ons gevonden stijging van 5,6% tussen 2006 en 2007, als wij kijken naar enkel de contacten, visites en telefonische contacten. Vergelijkingen met cijfers van Vektis (www.vektis.nl) laten zien dat het aantal korte consulten en visites overeenkomt in 2007, maar dat het aantal lange consulten en visites in het LINH lager ligt dan bij Vektis (Vektis, 2008). Echter in het eerste halfjaar van 2006 was het aantal lange consulten hoger in de cijfers van LINH dan in de Vektis-registratie Dit betekent dat de groei in het aantal lange consulten wellicht hoger kan uitpakken.

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. Van Dijk et al (2008) rapporteerden dat het aantal zorgcontacten tussen het eerste halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007 met 8,1% was gestegen.

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

4.1 Methode

Een zorgcontact werd zoals hiervoor aangegeven, net als bij de eerdere rapportage van Te Brake et al. (2007) en Van Dijk et al. (2008), 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 diabetes begeleiding per jaar en 13031 COPD-gestructureerde zorg per jaar). Het percentage gedeclareerde zorgcontacten werd berekend door het aantal gedeclareerde zorgcontacten te delen door het aantal zorgcontacten.

In de analyses zijn 23 praktijken meegenomen die alle benodigde gegevens hadden aangeleverd in alle periodes. Deze praktijken zijn representatief voor Nederland wat betreft praktijksoort en stedelijkheid, maar niet voor landsdeel ($p < 0,05$). Er zijn binnen deze selectie relatief meer praktijken uit het noorden van Nederland.

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. Door het lage aantal praktijken is het significantieniveau in de analyses vastgesteld op $p < 0,1$.

4.2 Veranderingen in het aantal zorgcontacten

In 2007 is het aantal zorgcontacten ten opzichte van 2006 met 6,4% gegroeid. Deze groei is vergelijkbaar met de toename van het aantal gedeclareerde consulten van huisarts en POH samen (toename van 6%). Over het gehele jaar gezien is de toename sterker bij ziekenfondsverzekerden dan bij particulier verzekerden (7,5% versus 3,4%). Dit verschil wordt echter vooral veroorzaakt door het eerste half jaar van 2007. In tabel 4.1 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 4,3% gevonden van het tweede halfjaar van 2006 naar het tweede halfjaar van 2007. Hierbij is de stijging bij voormalig particuliere patiënten (5,0%) nagenoeg gelijk aan de voormalig ziekenfondspatiënten (4,2%). Het verschil in stijging tussen ziekenfonds en particulier in trend is in het tweede half jaar niet meer significant. In absolute zin is het aantal zorgcontacten wel significant hoger bij voormalig ziekenfondspatiënten ($p < 0,001$). Als gekeken wordt naar de gehele trend tussen het eerste halfjaar van 2006 en het tweede halfjaar van 2007, dan wordt er in alle groepen een significante stijging waargenomen ($p < 0,001$).

Tabel 4.1: Zorgcontacten in eerste en tweede halfjaar van 2006 en 2007 per 1.000 patiënten gestandaardiseerd voor achterstandswijk en leeftijd

	Aantal zorgcontacten per 1.000 patiënten				% Verschil	
	1 ^e halfjaar	2 ^e halfjaar	1 ^e halfjaar	2 ^e halfjaar	06-1-07-1	06-2-07-2
	2006	2006	2007	2007		
Voormalig ziekenfonds**	3527	3556	3770	3704	6.9%	4.2%
Voormalig particulier*	2230	2436	2582	2558	15.8%	5.0%
Alle patiënten ^{s en **}	3078	3145	3345	3279	8.7%	4.3%

^s Voormalig particulier en ziekenfondsverzekerden én patiënten waarvan het type verzekering niet bekend is;
* $p < 0,1$; ** $p < 0,01$.

4.3 Veranderingen in gedeclareerde zorgcontacten

Het percentage gedeclareerde zorgcontacten is in tabel 4.2 weergegeven. In het eerste halfjaar van 2006 werd 87,3% van alle zorgcontacten gedeclareerd, 86,4% in het tweede halfjaar van 2006, 87,4% in het eerste halfjaar van 2007 en 86,2% in het tweede halfjaar van 2007. Dit is een niet significante daling. Het percentage gedeclareerde zorgcontacten verschilt niet tussen ziekenfonds en particulier verzekerden.

Tabel 4.2: 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	2 ^e halfjaar 2007
Voormalig ziekenfonds	87.9	86.8	88.3	87.2
Voormalig particulier	84.9	84.4	85.5	83.6
Alle patiënten [§]	87.3	86.4	87.4	86.2

* Er worden geen significante verschillen gevonden tussen het 2^e halfjaar van 2006 en het 2^e halfjaar van 2007;

[§] Voormalig particulier en ziekenfondsverzekerden én patiënten waarvan de soort verzekering niet bekend is.

4.4 Conclusie

Resultaten geven aan dat het aantal zorgcontacten in 2007 is gestegen met 6,4%. In de eerste helft van het jaar was de toename sterker dan in de tweede helft van het jaar (8,7% tegen 4,3%). In de eerste helft van 2007 was er een duidelijk verschil in stijging tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden (15,8% tegen 6,9%), een verschil dat in de tweede helft van het jaar bijna geheel is verdwenen.

5 Hoe worden de passantentarieven gehanteerd?

Met de invoering van het nieuwe honoreringssysteem is ook het gebruik van het passantentarief gewijzigd. Voor de invoering van de ZVW gold dat passantentarieven 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. Het passantentarief is vastgelegd op €24,80 per consulteenheid (tabel 1.2).

In de eerdere rapportage van Te Brake et al. (2007) over 2006 kwam naar voren dat slechts in één derde van de gevallen het passantentarief terecht werd gedeclareerd. Er werden meer passantentarieven gedeclareerd dan terecht was. Tevens toonde de rapportage van Van Dijk et al. (2008) aan dat het passantentarief tussen het eerste halfjaar van 2006 en het eerste halfjaar van 2007 iets beter werd toegepast.

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

5.1 Methode

Voor de analyses over de passantentarieven is gebruik gemaakt van gegevens van 92 praktijken in het eerste halfjaar van 2006, 93 in het tweede halfjaar van 2006 en 109 in het eerste halfjaar van 2007 en 106 in het tweede halfjaar van 2007. Hierbij zijn de passantentarieven voor apotheekhoudende huisartsen (CTG-code 12407: passantentarief apotheekhoudende huisarts (per receptregel)) niet in de analyses betrokken, omdat dit een betaling betreft per receptregel en geen contact.

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, in het eerste halfjaar van 2007 14,8 en in het tweede halfjaar van 2007 18,7 (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 en 2007 laten 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 en tweede 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=109)	1 ^e halfjaar 2007 (N=106)
Consult <20 minuten	12400	7,0	12,0	8,6	11,1
Consult >20 minuten	12401	0,8	1,0	0,8	1,1
Visite <20 minuten	12402	0,6	0,8	0,7	0,8
Visite >20 minuten	12403	0,2	0,2	0,2	0,3
Telefonisch consult	12404	1,0	1,7	1,3	1,3
Herhalingsrecept	12405	3,0	3,2	3,1	3,8
Vaccinatie	12406	0,2	0,2	0,1	0,3
Totaal		12,8	19,0	14,8	18,7

Tabel 5.2 (zie pagina 34) 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%, in het eerste halfjaar van 2007 was dit 31,0% en in het tweede halfjaar van 2007 40,4%. 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. Er worden geen verschillen gevonden tussen het tweede halfjaar van 2006 en het tweede halfjaar van 2007. 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, 52,4% voor het eerste halfjaar van 2007 en 44,1% voor het tweede halfjaar van 2007. Ook hier zal echter sprake zijn van enige administratieve frictie als gevolg van patiënten die gedurende het halfjaar jaar verhuisden. Hiermee is in deze analyses geen rekening gehouden.

Het aandeel van de passantentarieven van patiënten voor wie tevens een inschrijftarief is gedeclareerd is afgenomen tussen het tweede halfjaar van 2006 en 2007. Echter, deze trend is niet statistisch significant. Het aandeel was 17,2% in het tweede halfjaar van 2006 en 10,9% in het tweede halfjaar van 2007. Hier zal het deels gaan om patiënten die slechts een deel van de periode als vaste patiënt stonden ingeschreven en die buiten de periode wel de huisarts bezochten. Het is daardoor onwaarschijnlijk dat dit percentage ooit tot nul zal dalen.

5.3 Conclusie

De resultaten uit deze rapportage laten zien dat in het passantentarium tussen het tweede halfjaar van 2006 en het tweede halfjaar van 2007 niet beter wordt toegepast. Het percentage terecht gedeclareerde passantentarium ligt rond de 40%. Het lijkt erop dat voornamelijk in het tweede halfjaar het passantentarium beter wordt toegepast. Een mogelijke verklaring is dat passanten in de zomervakantie een goed 'herkenbare' passantengroep vormen. De hier gepresenteerde resultaten geven enkel aan wat er gedeclareerd is en niet wat er door de zorgverzekeraars is uitbetaald. Dit komt ook naar voren in een vergelijking met de gegevens van Vektis (2008), die veel lagere aantallen passantentarieven toont. Daarnaast kan het voorkomen dat passantentarieven om een andere reden worden gehanteerd, zoals bijvoorbeeld gemoedsbezwaarden, buitenlanders of niet-verzekerden.

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

Type patiënt	1 ^e halfjaar 2006 (N=92)			2 ^e halfjaar 2006 (N=93)			1 ^e halfjaar 2007 (N=109)			2 ^e halfjaar 2007 (N=106)		
	N decl.	%	Per 1.000 patiënten	N decl.	%	Per 1.000 patiënten	N decl.	%	Per 1.000 patiënten	N decl.	%	Per 1.000 patiënten
Niet vast, gemeente onbekend	280	6,3	0,8	389	6,0	1,1	319	5,6	0,8	329	4,6	0,9
Vaste patiënt	1.120	25,4	3,3	1.113	17,2	3,3	630	11,0	1,6	786	10,9	2,0
Niet vast, eigen gemeente	1.880	42,6	5,5	2.377	36,8	7,0	2.997	52,4	7,7	3.166	44,1	8,2
Niet vast, andere gemeente	1.131	25,6	3,3	2.578	39,9	7,6	1.776	31,0	4,6	2.901	40,4	7,5
Totaal	4.411	100	12,8	6.457	100	19,0	5.722	100	14,8	7.182	100	18,7

* Er worden geen significante verschillen gevonden tussen het 2^e halfjaar van 2006 en het 2^e halfjaar van 2007.

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 bij een gegeven diagnose.

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 een aantal 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 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 2007.

6.1 Methode

Voor elke periode is nagegaan hoeveel M&I-verrichtingen er – bij een gegeven diagnose – werden gedeclareerd en hoeveel nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist er hebben 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. De analyses zijn gebaseerd op de halfjaarcijfers. Hierbij is voor elke praktijk per halfjaar het percentage verwijzingen en het percentage M&I-verrichtingen bepaald binnen clusters van diagnoses. Om op een efficiënte manier om te gaan met de gegevens zijn de correlaties berekend op jaarniveau, waarbij een praktijk met zowel cijfers in het eerste als in het tweede halfjaar van het betreffende jaar twee maal meetelt. Hierdoor worden de resultaten stabiel. Om hiervoor rekening mee te houden is er gebruikt gemaakt van multilevel analyses. In de multilevel analyses wordt gecorrigeerd voor het feit dat voor aantal praktijken in beide halfjaren gegevens zijn gebruikt.

Praktijkselectie

Binnen elk half jaar is gekeken welke praktijken kwalitatief goede gegevens hadden aangeleverd over verwijzingen, diagnoses en – uiteraard – verrichtingen. 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, 48 in het eerste halfjaar van 2007 en 55 in het tweede halfjaar van 2007. Deze praktijken zijn representatief voor Nederland wat betreft praktijksoort, stedelijkheid en landsdeel (noord, oost, zuid, west).

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% , 23,1% in het eerste halfjaar van 2007 en in het tweede halfjaar van 2007 19%. 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.

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 huid/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=48)	2 ^e halfjaar 2007 (N=55)
1. Alle diagnostische metingen	54,0%	53,0%	57,4%	51,4%
2. Alle therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen	40,1%	38,6%	38,2%	37,4%
3. 13004 Longfunctiemeting	81,6%	79,5%	83,5%	82,7%
4. 13012 Chirurgische ingreep	58,2%	56,7%	59,0%	56,4%
5. 13023 Therapeutische injectie	82,0%	81,5%	80,5%	77,8%
6. 13029 Diabetes begeleiding	95,4%	90,9%	98,2%	98,3%

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 en therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen werden in 2006 significante correlatie gevonden tussen het percentage M&I-verrichtingen en het percentage verwijzingen. Dit werd niet gevonden voor de chirurgische ingreep in 2007.

Bijna alle overige M&I-verrichtingen laten een negatieve niet-significante correlatie zien, met uitzondering van enkele verrichtingen in 2007. Daarnaast laat de longfunctiemeting in 2007 een significant positieve correlatie zien. Hier heeft het meer declareren van longfunctiemetingen meer verwijzingen tot gevolg.

Tabel 6.3: Correlaties tussen verrichtingen en verwijzingen

Omschrijving	Gevonden correlaties	
	2006 (N=97)	2007 (N=103)
1. Diagnostische metingen	-0.102	-0.013
2. Therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen	-0.272**	-0.104
3. 13004: Longfunctiemeting	0.002	0.208*
4. 13012: Chirurgische ingreep	-0.314**	-0.164
5. 13023: Therapeutisch injectie (Cyriax)	-0.042	-0.041
6. 13029: Diabetes begeleiding	-0.095	0.057

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

6.3 Conclusie

Deze resultaten wijzen in de richting van een mogelijk substitutie-effect voor de M&I-verrichting chirurgische ingreep en therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen. Voorzichtigheid is echter geboden. Significante verschillen worden enkel gevonden in 2006 en niet in 2007. Mogelijk is het substitutie-effect slechts diagnosespecifiek en zullen nadere analyses moeten uitwijzen waar substitutie al dan niet plaats heeft gevonden. Voor de longfunctiemeting vinden we een significant omgekeerd effect in 2007. Bij de longfunctiemeting heeft het meer declareren van longfunctiemetingen meer verwijzingen tot gevolg.

De analyses zijn uitgevoerd voor alle patiënten. Echter bij chronische patiënten komt het voor dat patiënten zowel onder behandeling zijn van de huisarts als van de specialist, waardoor hier geen substitutie kan plaatsvinden. Hiervoor is in de analyses geen rekening gehouden.

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 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. Daarnaast kunnen de verschillende M&I-verrichtingen wellicht leiden tot het efficiënter doorverwijzen van de patiënt naar de tweede lijn. Door het toepassen van meer diagnostiek kan gerichter worden doorverwezen, wat de kwaliteit van de zorg ten goede kan komen.

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 daarvoor chirurgische ingrepen en therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen wel aanwijzingen voor worden gevonden.

7 Samenvatting, conclusie en discussie

7.1 Inleiding

Op 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringwet (Zvw) geïntroduceerd, waarbij tevens een nieuw bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg van kracht is geworden. In plaats van een apart honoreringssysteem voor particulier en ziekenfondsverzekerden is er één honoreringssysteem dat voor alle patiënten geldt. Het honoreringssysteem voor huisartsen is vastgelegd in het zogenaamde Vogelaarakkoord en combineert een abonnementshonorarium en een verrichtingensysteem.

Het doel van dit rapport is om een bijdrage te leveren aan de monitoring van het nieuwe bekostigingssysteem, waarbij de focus ligt op de financiële gevolgen. Deze rapportage is de laatste in een reeks van rapportages over de bekostiging van de huisartsenzorg. Eerder verschenen ‘Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging’ van Te Brake et al. (2007) en ‘Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar 2007’ (van Dijk et al, 2008), waarin de financiële gevolgen van de stelselherziening in kaart werden gebracht voor 2006 en het eerste halfjaar van 2007.

In de huidige rapportage is de ontwikkeling van het honoreringssysteem geëvalueerd voor het eerste en tweede halfjaar van 2006 en 2007, waarbij vergelijkingen zijn gemaakt tussen het tweede halfjaar van 2006 en het tweede halfjaar van 2007. In paragraaf 7.2 vatten we de resultaten van dit rapport samen. Daarbij focusen we op het jaar 2007 als geheel in vergelijking tot 2006. Evenals in de voorgaande rapportages stonden de volgende vragen centraal:

- 1) *Hoe ontwikkelen de aantallen gedeclareerde verrichtingen?*
- 2) *a. Hoe ontwikkelt het aantal zorgcontacten zich in vergelijking tot de voorgaande periode; en is hier bij voormalig particulier en ziekenfondspatiënten een wijziging opgetreden?*
b. Hoe ontwikkelt het aantal gedeclareerde verrichtingen zich tot het totaal aantal contacten; en is hier bij voormalig particulier en ziekenfondspatiënten een wijziging opgetreden?
- 3) *Hoe ontwikkelt het aantal terecht gedeclareerde passantencontacten zich?*
- 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 paragraaf 7.3 worden conclusies getrokken en bediscussieerd waarbij ons niet beperken tot dit laatste rapport, maar terugblikken op het gehele traject.

7.2 Samenvatting

De financiële gevolgen van de nieuwe bekostiging komen met name tot uiting in de aantallen 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 verondersteld 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, waarbij een huisartsconsult in de praktijk staat voor één consulteenheid, een visite voor 1,5 consulteenheid en een telefonisch consult of een herhaalrecept voor een 0,5 consulteenheid. Het tarief voor één consulteenheid is €9,-. De kosten van M&I-verrichtingen variëren, doordat verzekeraars kunnen variëren in het te honoreren tarief in de onderhandelingen met de huisartsenpraktijk.

Huisartsconsulten

Bezien we eerst de gedeclareerde *huisartsconsulten*. Daarvan is eerder geconstateerd dat over het jaar 2006 het aantal gedeclareerde verrichtingen 17% boven de ramingen die ten grondslag lagen aan het Vogelaarakkoord lagen. Dat kwam destijds vooral door meer dan geraamde aantallen extra lange consulten en herhaalrecepten. Daarnaast speelde (in geringere mate) een toename van het zorggebruik van voorheen particulier verzekerden. Maken we nu de balans op over het jaar 2007 dan zien we dat het aantal consulteenheden verder is gestegen (met 5,6%), maar dat de stijging in de tweede helft van het jaar minder groot is (respectievelijk 7% in het eerste half jaar tegen 4,2% in het tweede half jaar). De sterkste stijgers waren in volgorde de extra lange visites (21% toename), de extra lange consulten (17% toename) en de telefonische consulten (13% toename). Als we kijken naar het aandeel in de totale groei van de verschillende consultsoorten dan nemen de consulten, de extra lange consulten en de herhaalrecepten samen ongeveer 80% van de totale groei voor hun rekening.

POH

De opkomst van de *praktijkondersteuning (POH)* heeft ook in 2007 verder doorgezet. De totale volumegroei van het aantal consulteenheden bedroeg in 2007 8,5%. Deze groei is vooral veroorzaakt door een groei van het aantal praktijken dat POH declareerde (en daarvoor dus een contract met de zorgverzekeraar had). Het percentage praktijken met een dergelijk contract ligt nu boven de 60%. Binnen de gedeclareerde consulten zijn verschuivingen waarneembaar in de richting van meer extra lange consulten (zij het dat die verschuiving in de tweede helft van 2007 minder groot was) en meer telefonische consulten. Tussen het eerste en tweede half jaar van 2007 zijn verder nauwelijks verschillen waarneembaar. Overigens is het niet zo dat in praktijken waarin POH-consulten zijn gedeclareerd minder huisartsconsulten zijn gedeclareerd. Een aanwijzing dat de POH substituerend voor de huisarts is vinden we dus niet. Het betreft overigens getalsmatig een relatief klein deel van de huisartsenzorg. In 2007 stonden tegenover elk POH-consult 14 huisartsenconsulten in praktijken met een POH.

M&I

Het aantal gedeclareerde verrichtingen in het kader van de module *Modernisering en Innovatie (M&I³)* is in 2007 ten opzichte van 2006 met meer dan 20% toegenomen. Dit klinkt spectaculair maar in feite betreft het net als de POH nog een relatief klein deel van de huisartsenzorg. Tegenover elke M&I-verrichting stonden in 2007 30 gedeclareerde huisartsenconsulten. Onder de module M&I vallen verrichtingen waarvan wordt verwacht dat zij substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn (bijvoorbeeld kleine chirurgische verrichtingen) of dat zij bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een cognitieve functietest).

Voor de meest voorkomende M&I-verrichtingen (kleine chirurgische ingreep, therapeutische injectie, longfunctiemeting en diabetesbegeleiding) is nagegaan of bij diagnoses waarbij deze verrichtingen worden toegepast aanwijzingen worden gevonden of het meer toepassen van die verrichtingen samen gaat met een verminderd aantal verwijzingen naar de tweede lijn. Wij zien een dergelijk verband bij kleine chirurgische ingrepen (de meest voorkomende M&I-verrichting) in 2006. In 2007 is het verband ook in de verwachte richting, maar niet statistisch significant. Bij de overige onderzochte verrichtingen werd geen verband in de verwachte richting gevonden. Het declareren van therapeutische injecties, longfunctiemeting en diabetesbegeleiding is niet gerelateerd aan minder verwijzingen bij de betreffende aandoeningen.

Passanten

De kleinste groep waarover we rapporteren zijn de consulten met passanten. Het aantal gedeclareerde passantenconsulten lag in 2007, net als in 2006, op een constant laag niveau. Tegenover 1 passantenconsult stond in 2007 162 huisartsenconsulten. Groei van het aantal was er niet of nauwelijks. Passantencontacten mogen alleen worden gedeclareerd voor patiënten die niet zijn ingeschreven in de huisartsenpraktijk en die in een andere gemeente woonachtig zijn. In 2006 zagen we al dat het toch in een substantieel aantal gevallen (circa 40%) voorkomt dat huisartsen passantencontacten declareren voor patiënten van binnen de eigen gemeente. In 2007 is dat nog steeds zo. Het percentage ligt zelfs boven de 40%. Binnen LINH is onbekend in hoeverre zorgverzekeraars deze declaraties honoreren. Uit eerdere rapportages van Vektis, waarin de aantallen passantencontacten aanzienlijk lager liggen dan in LINH, kan worden opgemaakt dat dit waarschijnlijk lang niet altijd het geval is.

Zorggebruik

De vraag is of een toename van het aantal gedeclareerde verrichtingen is veroorzaakt door een toenemend *zorggebruik* dan wel dat er op een systematischer wijze is gedeclareerd. In het oude stelsel konden alleen voor particulier verzekerden (een minderheid van de patiënten van de huisarts, die ook nog eens minder vaak kwamen) consulten worden gedeclareerd. In het nieuwe stelsel kon voor iedereen consulten worden gedeclareerd tegen een aanzienlijk lager tarief (€9 tegen voorheen € 24,60). Dat betekende dat de huisarts enerzijds afhankelijker is geworden voor zijn omzet van systematisch declareren

³ We richten ons hierbij op de zogenoemde 13.000-codes, waar landelijk afspraken over zijn gemaakt en die bij alle verzekeraars kunnen worden gedeclareerd mits de huisarts daar een contract mee heeft. Daarnaast zijn er ook zogenoemde 14.000-codes waarbij de zorgverzekeraar vrij is die in te vullen. 14.000-codes hoeven niet alleen verrichtingen te zijn, maar kunnen ook een opslag op het inschrijftarief betreffen.

(het gaat nu al zijn patiënten aan) en anderzijds de drempel om te declareren lager is geworden omdat de bedragen lager zijn en de patiënt niet meer hoeft te betalen. In 2006 zagen we dat het meer dan verwachte aantal gedeclareerde consulteenheden maar gedeeltelijk worden verklaard door toenemend zorggebruik. Er leek toen inderdaad systematischer te worden gedeclareerd. Dat kon worden nagegaan door te kijken naar wat in het elektronisch medisch dossier van huisartsen is vastgelegd over contacten met patiënten los van de declaraties. Het aantal in het dossier vastgelegde contacten blijkt in 2007 ten opzichte van 2006 met 6,4% te zijn gegroeid. Als we de groei van het aantal gedeclareerde huisartsconsulten, POH-consulten en M&I-verrichtingen samennemen dan komen we op een toename van 6%. De toename in het aantal declaraties lijkt dus parallel op te lopen met de volumegroei in zorg. De groei is dus veroorzaakt door daadwerkelijke groei van het zorggebruik en niet het resultaat van systematischer declareren. Voorts hebben we kunnen constateren dat de volumegroei sterker was bij de voorheen particulier verzekerden dan bij de voorheen ziekenfondsverzekerden (7,5% versus 3,4% op jaarbasis). Dit kan het gevolg zijn van het feit dat in het nieuwe stelsel voor particulier verzekerden gratis is geworden waar voorheen afhankelijk van de verzekeringspolis die men had sprake was van eigen bijdragen. In de tweede helft van 2007 vlakt het verschil in stijging van het zorggebruik tussen voormalig ziekenfonds- en voormalig particulier verzekerden overigens af.

7.3 Beschouwing

Nadat over het jaar 2006 was gevonden dat 17% meer consulteenheden waren gedeclareerd dan verwacht op basis van de ramingen die ten grondslag lagen aan het Vogelaar-akkoord zien we in LINH over het jaar 2007 opnieuw een volumegroei van 6%. Deze volumegroei wordt bevestigd door cijfers van Vektis, het CBS en SFK. Er is echter wel in verschil in oorzaken van de toename tussen 2006 en 2007. In 2006 zagen we in vergelijking tot 2005 nauwelijks een toename in het aantal contacten (slechts 1,7%) met de huisartsenpraktijk. De groei zat met name in het meer dan geraamd declareren van extra lange consulten/visites en van herhaalrecepten. Bij de herhaalrecepten zal dat vooral een gevolg zijn geweest van het systematischer declareren in vergelijking met de situatie waar dat in het oude stelsel voor particulier verzekerden gebeurde (en waar de ramingen op gebaseerd waren). Bij de extra lange visites en consulten is niet na te gaan of dit komt door scherper declareren of een werkelijke toename van de consultduur. Over het jaar 2007 kunnen we zeggen dat de toename in het aantal gedeclareerde consulteenheden parallel liep met een toename van het zorggebruik (in termen van aantallen contacten en recepten). Met andere woorden: de hogere kosten lijken vooral veroorzaakt door een toenemend zorggebruik. De stijging was (net als in 2006 overigens) sterker voor voormalig particulier verzekerden dan voor voormalig ziekenfondsverzekerden. Het verschil in groei lijkt overigens in de tweede helft van 2007 weg te ebben, maar op jaarbasis blijft het verschil in groei meer dan twee keer zo groot. Dit verschil in groei tussen voorheen ziekenfonds- en voorheen particulier verzekerden lijkt een effect te zijn van het nieuwe stelsel. We gaven al aan dat de huisarts voor voorheen particulier verzekerden door het nieuwe stelsel kosteloos is geworden. Dat kan geleid hebben tot meer bezoek aan de huisarts door deze groep. Het is bekend dat particulier verzekerden vaker dan

ziekenfondsverzekerden rechtstreeks naar de specialist gingen zonder eerst de huisarts te consulteren. Mogelijk is de poortwachtersrol van de huisarts dus versterkt. Het is natuurlijk ook mogelijk dat de consumptiegroei losstaat van het bezoek aan de medisch specialist. Dit zou nader onderzoek moeten uitwijzen.

In hoeverre de algehele groei van het gebruik van de huisartsenzorg een effect is van het nieuwe stelsel valt te bezien. Voor de huisarts betekent het feit dat er nu een consulttarief is voor alle patiënten mogelijk een prikkel om meer te gaan doen door bijvoorbeeld de toegankelijkheid te vergroten. Doordat een belangrijk deel (ongeveer de helft) van de omzet wordt bepaald door het inschrijftarief is het doen van extra consulten echter bedrijfseconomisch nauwelijks interessant. Vanuit bedrijfseconomisch opzicht is het interessanter het aantal patiënten uit te breiden. Dat levert zowel extra consulten als extra inschrijftarieven op. Aan de kant van de patiënt zijn er voor vóórheen ziekenfondsverzekerden geen extra financiële prikkels om vaker naar de huisarts te gaan. Mogelijk speelt mee dat men zich bewuster is geworden van de premie, waar men ook wat voor terug wil zien. Het kan echter ook gaan om autonome groei die verder los van het stelsel staat. Daarnaast zien we dat het declareren van extra lange consulten en visites relatief sterk is gegroeid. Zoals gezegd is binnen het kader van LINH niet na te gaan in hoeverre de consultduur werkelijk langer is geworden dan wel dat er sprake is van het scherper declareren van grensgevallen. Huisartsen hebben nu de mogelijkheid om voor een extra lang consult geld in rekening te brengen. Deze mogelijkheid was er bij ziekenfondsverzekerden in het verleden niet en zal mogelijk hebben bijgedragen aan een langere consultduur. We zeiden al dat het bedrijfseconomisch gezien de hoogte van het tarief nauwelijks interessant is om lange consulten af te leggen. Toch kan het feit dat er nu iets tegenover staat huisartsen ontvankelijker hebben gemaakt voor de wens van de patiënt om een langer consult te hebben. De gemiddelde consultduur van de Nederlandse huisarts behoort tot de laagste in Europa (Van den Brink et al, 1999), dus een impuls daarin is uit het oogpunt van kwaliteit en aandacht voor de patiënt een verbetering (al is langer natuurlijk niet per definitie beter).

Tenslotte is er in dit rapport in twee opzichten naar substitutie gekeken. Er is gekeken naar mogelijke substitutie van zorg van de huisarts naar de POH door de consultfrequenties van de huisarts in praktijken met een POH te vergelijken met praktijken zonder POH. Daaruit bleek dat een huisarts met een POH even veel consulten had als een huisarts zonder POH. Dat sluit overigens niet uit dat substitutie heeft plaatsgevonden. Van der Velden et al (2008) hebben hier verder naar gekeken. Daaruit bleek dat huisartsen in praktijken met een POH minder consulten met chronisch zieken hadden. Op het totaal aantal consulten is dat niet terug te vinden om twee redenen. Ten eerste is het aantal POH-consulten ten opzichte van het aantal huisartsconsulten nog steeds betrekkelijk gering (1 op 14 in praktijken met een POH). Ten tweede is de vraag naar huisartsenzorg kennelijk zo groot dat de tijd van de huisarts is 'volgelopen' met andere contacten. Uit veel onderzoek blijkt (o.m. Van den Berg et al, 2003) dat praktijkondersteuners hebben bijgedragen aan de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken. Ook niet chronisch zieken profiteren daarvan mee omdat de huisarts daar nu kennelijk meer tijd voor heeft. Het effect van de introductie van M&I-verrichtingen op verwijzen naar de tweede lijn is in dit rapport onderzocht over 2 jaar (2006 en 2007) voor de vier meest gedeclareerde

verrichtingen. Daar kwam uit dat huisartsen die meer kleine chirurgische verrichtingen toepasten minder verwijzen naar de tweede lijn bij de betreffende diagnoses (althans voor het jaar 2006, in 2007 was het effect wel in de verwachte richting maar niet statistisch significant). Bij de andere verrichtingen (therapeutische injecties, longfunctiemeting en diabetesbegeleiding) zijn geen effecten gevonden. Mogelijk zijn hier overigens wel effecten op de kwaliteit (zo kan het verrichten van longfunctiemetingen juist tot meer verwijzingen leiden) of worden de effecten pas op langere termijn zichtbaar. Nader onderzoek is daarvoor aangewezen. Momenteel vindt binnen LINH onderzoek plaats naar de mogelijke substitutie-effecten van diabetesbegeleiding op langere termijn.

Literatuur

- Berg M van den, Bakker D de, *Meta-analyse: introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland*, Utrecht: NIVEL, 2003.
- Brake H te, Verheij R, Abrahamse H, Bakker D de. *Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging. Monitor 2006*. Utrecht: NIVEL, 2007 .
- Brink-Muijen A van den, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandes F, Perez A, Messerli V, Oppizi L, Peltenburg M. *The Eurocommunication study: an international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice*. Utrecht: NIVEL, 1999.
- CBS. <<http://statline.cbs.nl>>. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2008.
- 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.
- Dijk CE van, Verheij RA, Bakker D de. *Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007*. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Donker GA, *Continue morbiditeits registratie peilstations Nederland 2006*. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Laurant MGH. *Changes in skill mix: The impact of adding nurses to the primary care team*. Nijmegen: UMC St Radboud , 2007.
- Nielen M, Verheij RA, Bakker D de , Devillé W. *Vooronderzoek verbetering kwaliteit huisartsenzorg in achterstandsgebieden grote steden*. Utrecht: NIVEL, 2007.
- NZa. <<http://www.nza.nl>>. Utrecht, 2008
- NIVEL. *(Cijfers uit de registratie van huisartsen)*. <<http://www.nivel.nl>>. Utrecht, 2007.
- SFK. <<http://www.sfk.nl>>. Den Haag, 2008.
- Vektis. <<http://www.vektis.nl>>. Zeist, 2008.
- Velden L van der, Hansen J, Hingstman L, Verheij R. *Praktijkondersteuning huisartsen*. In: Abstractboek NHG Wetenschapsdag, 15 mei 2008, Rotterdam. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2008., 2008, p. 19-20
- Verheij RA, Dijk CE van, Abrahamse H, Davids R, Hoogen H van den, Braspenning J, Althuis T van. *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.LINH.nl>>, 2008
- 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

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 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 passantentarieven

Voor het statistisch toetsen van de ontwikkeling in aantal verrichtingen, zorgcontacten en gebruik van passantentarieven werden lineaire multilevel analyses uitgevoerd, die er in MLwiN als volgt uit ziet:

$$\text{Zorgcontacten/verrichtingen/passantentarieven} = \beta_{0ij} * \text{cons} + \beta_1 * \text{tijd}_{ij} + U_{0j} + e_{0ij}$$

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:

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

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 is in trend in aantal huisartsverrichtingen was tussen een POH- en niet-POH-praktijk, is gebruik gemaakt van de volgende vergelijking in MLwiN:

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

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 MLwiN:

$$(\% \text{ gedeclareerde}) \text{ zorgcontacten} = \beta_{0ij} * \text{cons} + \beta_1 * \text{VZ}_{ij} + U_{0j} + e_{0ij}$$

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:

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

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	Significantie
Alle MI-verrichtingen	<0.001
Ha12000 (tijd)	NS
Ha12001 (tijd)	<0.01
Ha12002 (tijd)	NS
Ha12003 (tijd)*	<0.001
Ha12004 (tijd)	<0,1
Ha12005 (tijd)**	<0,1
Ha12006 (tijd)**	<0.05
Ha12007 (tijd)**	NS
POH12100 (tijd)**	NS
POH12101 (tijd)**	<0.05
POH12102 (tijd)**	<0,1
POH12103 (tijd)**	NS
POH12104 (tijd)**	NS
POH12105 (tijd)**	NS
POH12106 (tijd)**	NS
Ha12000 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	<0,1
Ha12001 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	NS
Ha12002 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	NS
Ha12003* (POH vs Niet POH alle periodes samen)	<0,05
Ha12004 (POH vs Niet POH alle periodes samen)	NS
Ha12005** (POH vs Niet POH alle periodes samen)	NS
Ha12006** (POH vs Niet POH alle periodes samen)	<0,01
Ha12007** (POH vs Niet POH alle periodes samen)	NS
Ha12000 (POH vs niet POH tijd)	<0,05
Ha12001 (POH vs niet POH tijd)	<0,1
Ha12002 (POH vs niet POH tijd)	<0,05
Ha12003* (POH vs niet POH tijd)	<0,05
Ha12004 (POH vs niet POH tijd)	NS
Ha12005** (POH vs niet POH tijd)	NS
Ha12006** (POH vs niet POH tijd)	NS
Ha12007** (POH vs niet POH tijd)	NS
Zorgcontacten** (tijd)	<0.01
Zorgcontacten Particulier** (tijd)	<0.1
Zorgcontacten Ziekenfonds** (tijd)	<0.01
Percentage gedeclareerde zorgcontacten (tijd)	NS
Percentage gedeclareerde zorgcontacten Particulier (tijd)	NS
Percentage gedeclareerde zorgcontacten Ziekenfonds (tijd)	NS
Zorgcontacten** (particulier vs ziekenfonds alle periodes samen)	<0.001
Zorgcontacten** (PA vs ZF tijd)	NS
Percentage gedeclareerde zorgcontacten (PA vs ZF tijd)	NS
Percentage passantarieven cat1 (tijd)	NS
Percentage passantarieven cat2 (tijd)	NS
Percentage passantarieven cat3 (tijd)	NS
Percentage passantarieven cat4 (tijd)	NS

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