



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.
De gegevens mogen met bronvermelding (Hans te Brake,
Robert Verheij, Harald Abrahamse, Dinny de Bakker,
*Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de
stelselwijziging, monitor 2006*, NIVEL 2007) worden
gebruikt.

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

Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging

Monitor 2006

Hans te Brake
Robert Verheij
Harald Abrahamse
Dinny de Bakker



ISBN 978-90-6905-856-6

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 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: van <i>Krankenkasse</i> tot basisverzekering | 5 |
| 1.2 Het Vogelaar-akkoord: Nieuwe uitgangspunten bij de bekostiging van de huisartsenzorg | 6 |
| 1.3 Doel van dit onderzoek | 8 |
| 1.4 Vraagstellingen en opbouw rapport | 9 |
| 2 Methode | 11 |
| 2.1 Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH) | 11 |
| 2.2 (Norm)praktijken en consulteenheden | 11 |
| 2.3 Landelijke kosten en bevolkingsaantallen | 12 |
| 2.4 Vergelijking met ramingen Vogelaar | 13 |
| 3 Wat wordt er gedeclareerd en wat zijn de kosten? | 15 |
| 3.1 Methode | 15 |
| 3.2 Inschrijftarieven | 15 |
| 3.3 Verrichtingen van de huisarts | 16 |
| 3.3.1 Waar zijn de verschillen aan toe te schrijven? | 17 |
| 3.4 Praktijkondersteuning (POH) | 18 |
| 3.4.1 Verrichtingen van de praktijkondersteuner | 18 |
| 3.4.2 POH module | 19 |
| 3.5 Verrichtingen bij passanten | 19 |
| 3.6 Welke M&I verrichtingen worden gedeclareerd? | 20 |
| 3.7 Conclusie | 21 |
| 4 Ontwikkelingen 2005-2006 in het gebruik van huisartsenzorg | 23 |
| 4.1 Methode | 23 |
| 4.2 Veranderingen in aantallen zorgcontacten | 23 |
| 4.3 Veranderingen in gedeclareerde zorgcontacten in 2005 en 2006 | 24 |
| 4.4 Conclusie | 24 |
| 5 Hoe worden de passanttarieven gehanteerd? | 27 |
| 5.1 Methode | 27 |
| 5.2 Resultaten | 27 |
| 5.3 Conclusie | 28 |
| 6 Substitutie ten gevolge van de module Modernisatie en Innovatie (M&I) | 29 |
| 6.1 Methode | 29 |
| 6.2 Resultaten | 31 |
| 6.3 Conclusie | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 7 Conclusie en discussie | 33 |
| 7.1 Evaluatie van het Vogelaar-akkoord volgens LINH en Vektis | 33 |
| 7.2 Inschrijftarieven | 34 |
| 7.3 Verrichtingen huisartsen | 35 |
| 7.4 Praktijkondersteuning huisartsen (POH) | 36 |
| 7.5 Verrichtingen Modernisatie en Innovatie (M&I) | 36 |
| 7.6 Incidentele en acute hulpverlening (Passanten) | 37 |
| 7.7 Besluit | 37 |
| | |
| 8 Literatuur | 39 |
| | |
| Bijlage 1 | 41 |
| Bijlage 2 | 43 |

1 Inleiding

Op 1 januari 2006 is de nieuwe zorgverzekeringswet van kracht geworden. Dit heeft grote gevolgen gehad voor zowel zorggebruikers als zorgverleners in Nederland. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de gevolgen van de stelselherziening voor de Nederlandse huisartsenzorg. In dit rapport richten we ons daarbij op de financiële gevolgen van de nieuwe bekostigingssystematiek in het eerste jaar na invoering.

1.1 Achtergrond: van *Krankenkasse* tot basisverzekering

Het in 1941 door de Duitse bezetter ingevoerde ziekenfonds (toen gebaseerd op de Duitse ‘Krankenkasse’) stond al sinds 1971 herhaaldelijk ter discussie. De afgelopen decennia speelden financiële overwegingen hierbij een steeds belangrijker rol. De gezondheidszorg krijgt steeds meer te maken met de vergrijzing van de bevolking. Tegelijkertijd maakt de voortschrijdende techniek meer medische behandelingen mogelijk. Daardoor wordt de gezondheidszorg steeds duurder.

Als oplossing koos de Nederlandse overheid voor een gezondheidszorgstelsel dat veel meer wordt geprikkeld door concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, met de burger als kritische cliënt. Om dat mogelijk te maken was het noodzakelijk dat er één algemene zorgverzekering komt, zonder onderscheid tussen particulier en ziekenfonds en met nieuwe zorgverzekeraars voor wie dezelfde spelregels gelden. Deze afspraken zijn vastgelegd in de nieuwe Zorgverzekeringswet, die 1 januari 2006 van kracht is geworden.

Met het invoeren van de zorgverzekeringswet werd het noodzakelijk om voor huisartsen een nieuwe bekostigingssystematiek overeen te komen. Een eerste aanzet hiertoe, in 2004, leidde tot felle discussies inclusief een landelijke huisartsenstaking. De onderhandelingen tussen de betrokken partijen – de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) – werden in 2005 voortgezet. Onder leiding van Ella Vogelaar leidde dit in juli 2005 tot het zogenaamde ‘Vogelaar-akkoord’, waarin de financieringsystematiek in hoofdlijnen werd vastgelegd. Belangrijke aspecten van deze nieuwe financieringsystematiek zijn:

- Ontwikkeling van de huisartsenzorg in samenhang met modernisering eerstelijns;
- Meer loon naar werken;
- Het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering vervalst;
- Noodzaak in verband met invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006;
- Inschrijving op naam van de huisarts (bron: zorgverzekeraars Nederland).

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de concrete afspraken die in dit akkoord werden gemaakt.

1.2 Het Vogelaar-akkoord: Nieuwe uitgangspunten bij de bekostiging van de huisartsenzorg

Vóór de nieuwe zorgverzekeringswet kregen huisartsen voor ziekenfondsverzekerden een abonnementstarief (een vast honorarium per patiënt per jaar, met opslagen voor ouderen en patiënten uit achterstandsgebieden) en voor particulier verzekerden een bedrag per consult (een honorarium gedifferentieerd naar type consult). In de plaats van aparte honoreringssystemen voor particulier- en ziekenfonds verzekerde patiënten kwam er een gemengd honoreringssysteem dat voor alle patiënten geldt. In het Vogelaar akkoord (en in de latere uitwerking in de tariefbeschikking van CTG/Zaio (2005) is vastgelegd dat dit nieuwe systeem in hoofdlijnen uit 4 elementen bestaat (zie ook tabel 1):

Tabel 1: Afspraken bekostigingssystematiek Vogelaar-akkoord.

| | Uitgangspunten Vogelaarakkoord |
|---|---|
| 1. Inschrijftarief | €52 per ingeschreven patiënt per jaar. |
| 2. Regulier consulttarief | €9 per consulteenheid; 8296 consulteenheden per jaar per normpraktijk van 2350 patiënten. |
| 3. Passantentarief | €24,80 per consulteenheid. Geraamde landelijke kosten €23,5 miljoen. |
| 4a. Module praktijkondersteuning (POH) | <u>POH-consulten</u> : landelijke kosten €16 miljoen (open einde). |
| 4b. Module populatiegebonden vergoedingen | <u>Opslag op inschrijftarief</u> : landelijke kosten €33 miljoen (open einde). Geraamde landelijke kosten €25 miljoen. |
| 4c. Module Modernisering en Innovatie (M&I) | Geraamde landelijke kosten €50 miljoen. |

Ten tijde van het vaststellen van het Vogelaar-akkoord bestonden uiteraard nog geen ervaringscijfers voor het nieuwe honoreringssysteem. In plaats daarvan worden in het Vogelaar-akkoord enkele uitgangspunten en aannames genoemd – deze worden hieronder behandeld, en staan in tabel 1 samengevat.

1. Een ‘**inschrijftarief**’ per ingeschreven patiënt van **€52 op jaarbasis**.
2. Een ‘**regulier consulttarief**’, of **consulteenheid**, van **€9**. Afhankelijk van de werkelijkheid van het consult gelden verschillende tarieven. Zo kan bij visites 1,5 consulteenheid in rekening worden gebracht, en bij consulten en visites langer dan 20 minuten respectievelijk 2 en 2,5 consulteenheden. Analoog geldt een verlaagd tarief bij telefonische consulten, herhaalrecepten, vaccinaties en emailconsulten (elk 0,5 consulteenheid).
3. Het passantentarief dient apart vermeld te worden. Het passantentarief is bedoeld voor incidentele en acute zorg, dat zijn patiënten die bijvoorbeeld tijdens vakantie een huisarts bezoeken bij wie zij niet zijn ingeschreven. Het ‘oude’ passantentarief werd na de stelselwijziging gehandhaafd: **voor passantentarieven geldt per consulteenheid een bedrag van €24,80**. Ook het bijbehorende landelijke budget van €23,5 miljoen

(opgebouwd uit €17,5 miljoen ziekenfondsmiddelen en €6 miljoen particuliere middelen) kwam voort uit de situatie van voor de stelselwijziging. Wat wél werd aangepast is de definitie van de passant: afgesproken werd dat voor patiënten woonachtig in dezelfde gemeente als de vestigingsgemeente van de huisarts geen passantentarief in rekening kan worden gebracht. De gedachte hierachter is dat dit in feite waarneempatiënten zijn, patiënten die bij afwezigheid van de eigen huisarts een andere huisarts bezoeken. Het is dan redelijk daar het reguliere tarief bij toe te passen, en niet het hoge passantentarief.

4. Drie ‘modules’ met aanvullende vergoedingen. Voor deze modules werden in het Vogelaar-akkoord geen concrete afspraken gemaakt over de te gebruiken tarieven. In plaats daarvan werden landelijke ramingen genoemd. In het geval van het bedrag voor de POH module werd daarbij expliciet vermeld dat dit een ‘open einde’ regeling betrof. De volgende modules worden onderscheiden:

- a. **Module praktijkondersteuning huisartsen (POH).** Huisartsen kunnen een POH-module als opslag op het inschrijftarief declareren indien daarover een contract bestaat met de zorgverzekeraar. Landelijk werd hiervoor €49 miljoen geraamd waarbij 1/3 is gereserveerd voor de verrichtingen, en 2/3 als opslag op het inschrijftarief;
- b. **Module populatiegebonden vergoedingen.** Huisartsen krijgen een opslag op het inschrijftarief voor extra bewerkelijke patiëntengroepen (t.w. ouderen en patiënten in achterstandswijken). Landelijk werd hier €25 miljoen voor geraamd. Later is deze opslag nader gespecificeerd in de tariefbeschikking van het CTG-Zaio (2005), waarin de volgende tarieven worden gehanteerd:

- verzekerden <65 jaar, geen achterstandswijk: €52,00
- verzekerden 65-75 jaar, geen achterstandswijk: €58,80
- verzekerden >75 jaar, geen achterstandswijk: €61,60
- verzekerden <65 jaar, wel achterstandswijk: €58,80
- verzekerden 65-75 jaar, wel achterstandswijk: €66,00
- verzekerden >75 jaar, wel achterstandswijk: €68,80

In het Vogelaar akkoord wordt verder €15 miljoen geraamd voor de vergoeding voor het digitaal aanleveren van de declaraties. In de tariefbeschikking komt dit neer op een aanvullende opslag van €0,25 op de bovenstaande tarieven;

- c. **Module modernisering en innovatie (M&I).** Zorgverzekeraars en huisartsen kunnen op lokaal en regionaal niveau afspraken maken over de besteding van gelden uit deze module. Zij moeten wel passen binnen de landelijke beleidskaders, dat wil zeggen dat zij betrekking moeten hebben op het stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen (onderling) en andere zorgaanbieders, de verdere ontwikkeling van programmatische aanpak van chronische aandoeningen en kwaliteitsbevordering van huisartsenzorg. De module M&I bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft specifieke *verrichtingen* waarvan verwacht kan worden dat zij substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn (bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen) dan wel bijdragen aan de programmatische zorg voor chronisch zieken (bijvoorbeeld diabetes begeleiding). Voor deze M&I-verrichtingen is door CTG-Zaio (2005) een lijst met prestatiecodes opgesteld die uniform is voor alle verzekeraars. Verzekeraars en huisartsen zijn vrij te kiezen voor welke verrichtingen zij een onderlinge overeenkomst aangaan en verzekeraars kunnen variëren in het te honoreren tarief. Voor de geraamde kosten voor dit deel van de module M&I is uitgegaan van een totaalbedrag

van €50 miljoen. Het tweede deel van de module M&I betreffen *opslagen op het abonnementstarief*. Hieronder vallen opslagen in verband met deelname aan de NHG-praktijkaccreditatie, in het kader van het seniorenbeleid voor huisartsen of als gevolg van deelname aan specifieke projecten op het terrein van de zorg voor chronisch zieken. Voor deze opslagen bestaat geen gemeenschappelijke prestatiecodelijst. Er werd €25 miljoen voor geraamd.

Bovenstaand systeem combineert in feite de goede eigenschappen van de verschillende honoreringssystemen. Het inschrijftarief sluit aan bij het systeem van inschrijving op naam en weerspiegelt daarmee de persoonlijke band tussen huisartsen en patiënt. In landen met een sterk ontwikkelde huisartsenzorg zoals het Verenigd Koninkrijk en Denemarken vinden we ook een dergelijk systeem terug (Boerma, 2003). Nadelen van een inschrijftarief zijn echter dat het onvoldoende loon naar werken verschaft aan huisartsen (een huisarts krijgt even veel geld ongeacht hoe vaak patiënten komen) en weinig prikkels voor kwaliteit of substitutie verschaft. In een systeem waarin per verrichting wordt betaald krijgt een huisarts wél meer betaald naarmate hij meer doet. Dat kan echter leiden tot te hoge (onnodige) productie zoals een experiment in Denemarken waarin werd overgestapt van een abonnement naar een verrichtingensysteem liet zien (Flierman, 1991). Doordat het in het Vogelaar-akkoord gaat om een gedeeltelijk verrichtingensysteem met een relatief laag bedrag per consult (€9 in plaats van €24,80 bij particulier verzekerden in 2005) kan worden aangenomen dat de prikkel tot (onnodige) productie beperkt is.

De prikkel tot kwaliteit en doelmatigheid is ingebouwd via de module ‘Modernisering en Innovatie’. Huisartsen krijgen door deze module specifiek betaald voor verrichtingen die bijdragen aan de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld een adequate controle voor chronisch zieken) of die substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn. In de jaren '90 is al met een dergelijk systeem geëxperimenteerd in het zogenoemde Leiden-Alphen experiment (Delnoij, 1994). Toen had de introductie van het systeem overigens weinig effect, naar werd aangenomen doordat de additionele inkomsten voor huisartsen dermate laag waren (de verrichtingen kwamen relatief weinig voor en de bedragen waren niet hoog) dat nauwelijks sprake is van een prikkel.

1.3 Doel van dit onderzoek

Onderdeel van de afspraken binnen het Vogelaar-akkoord was dat de gemaakte aannames en uitgangspunten werden geëvalueerd. Het doel van dit rapport is een bijdrage te leveren aan deze evaluatie van het Vogelaar-akkoord, waarbij de aandacht uitgaat naar het declaratiegedrag van huisartsen. Daarbij komt de focus te liggen op de financiën, niet direct op de inhoud van de zorgverlening.

1.4 Vraagstellingen en opbouw rapport

Dit rapport is opgebouwd rond een aantal vraagstellingen, die in afzonderlijke hoofdstukken aan de orde zullen komen. Om zicht te krijgen op de totale kosten voor verschillende delen van de huisartsenzorg gaan we in **hoofdstuk 3** in op de vraag:

- 1) *Hoeveel verrichtingen worden er gedeclareerd en wat zijn de kosten?*

Het antwoord op deze vraag betreft het aantal gedeclareerde consulten met de huisarts, de POH, consulten met passanten, en M&I verrichtingen. Uiteraard wordt gedifferentieerd gerapporteerd over verschillende typen contact (visites, consulten, et cetera). Ook over de module populatiegebonden vergoedingen en de module Praktijk Ondersteuning Huisartsenzorg (POH) wordt gerapporteerd. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt tussen de destijds geraamde kosten waarvan in het Vogelaar-akkoord werd uitgegaan en de feitelijke kosten.

Om het beleid zonodig tijdig te kunnen bijstellen is het niet alleen nodig om inzicht te hebben in de feitelijke kosten van huisartsenzorg maar ook in de veranderingen die zich sinds 1 januari 2006 hebben voorgedaan ten opzichte van de voorafgaande periode. In **hoofdstuk 4** gaan we daarom in op veranderingen ten opzichte van de periode voor de stelselwijziging aan de hand van de volgende vragen:

- 2)
 - a. *In hoeverre wijken de aantallen contacten af ten opzichte van de periode vóór de stelselwijziging;*
 - b. *in hoeverre bestaan hierin verschillen tussen voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden?*
 - c. *hoe verhoudt zich het aantal gedeclareerde verrichtingen tot het totaal aantal contacten; en is hierin bij de (voormalig) particuliere patiënten een wijziging opgetreden.*

Deze vragen beantwoorden we door cohorten van voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden in de tijd te volgen (2005-2006).

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

Passantentarieven mogen met ingang van 2006 slechts worden gedeclareerd bij mensen die niet in de eigen praktijk staan ingeschreven en die niet in dezelfde gemeente woonachtig zijn als waar de praktijk is gevestigd. Het declareren van passantentarieven wordt hiermee beperkt. Aan de hand van de volgende vraag kijken we in hoofdstuk 5 naar de financiële gevolgen van deze beperking.

- 3) *In hoeverre heeft de veranderde definitie van passanten financiële gevolgen voor de huisarts?*

In hoofdstuk 6 kijken we naar de gevolgen van de implementatie van de M&I module. Een van de bedoelingen van deze module was het bevorderen van substitutie van de tweede naar de eerstelijns. Aan de hand van de laatste vraag wordt gekeken in hoeverre substitutie daadwerkelijk plaatsvindt.

- 4) *In hoeverre is er sprake van een verband tussen het aantal gedeclareerde M&I verrichtingen en het aantal geregistreerde verwijzingen?*

Met andere woorden, verwijzen praktijken waarin huisartsen veel M&I verrichtingen uitvoeren ook minder patiënten naar de tweede lijn? In het volgende hoofdstuk gaan we eerst in grote lijnen in op de methode die ten grondslag ligt aan dit rapport.

2 Methode

In dit hoofdstuk gaan we alleen in algemene zin in op de gehanteerde onderzoeksmethode. Voor de behandeling van elk van de vraagstellingen is meer gedetailleerde informatie te vinden in de desbetreffende hoofdstukken.

2.1 Het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)

De gegevens in dit rapport zijn afkomstig uit het Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiënten dossiers (EPD's) van huisartsen die deelnemen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). 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 hun EPD. Deze gegevens worden twee keer per jaar uit de computersystemen van de praktijken 'geëxtraheerd' en opgeslagen in een centrale database. Het LINH is een samenwerkingsproject van LHV, NHG, NIVEL en WOK. Deze laatste twee zijn verantwoordelijk voor de praktische uitvoering. Meer hierover is te vinden op www.linh.nl (Verheij et al., 2006).

Ook de gedeclareerde verrichtingen en inschrijftarieven worden geëxtraheerd. Deze verrichtingen kunnen worden getypeerd op basis van verrichtingencodes die zijn vastgesteld door CTG-Zaio (CTG-Zaio, 2006).

2.2 (Norm)praktijken en consulteenheden

In de meeste analyses kon gebruik gemaakt worden van gegevens uit alle 89 praktijken. In een aantal analyses moesten – vanwege deels ontbrekende gegevens - aanvullende selecties van praktijken plaatsvinden. Waar van toepassing is dat aangegeven.

Cijfers over aantallen declaraties worden uitgedrukt per *normpraktijk* van 2350 patiënten. Binnen de 89 LINH-praktijken stonden in 2006 343.125 patiënten ingeschreven, wat staat voor ruim 146 normpraktijken. Een dergelijke standaardisatie maakt het onderling vergelijken van resultaten gebaseerd op verschillende aantallen praktijken eenvoudiger. Bovendien is bij de raming van het aantal consulteenheden in het Vogelaar-akkoord ook uitgegaan van 2350 patiënten (zie hoofdstuk 1.2).

De aantallen declaraties zullen zowel worden uitgedrukt in absolute aantallen, als in consulteenheden. Ook hierbij geldt dat dit de vergelijking met de ramingen in het Vogelaar-akkoord mogelijk maakt, maar bovendien is dit nodig om de declaraties om te kunnen rekenen naar kosten.

2.3 Landelijke kosten en bevolkingsaantallen

Waar gewenst en mogelijk zijn de resultaten uit LINH doorgerekend naar landelijke cijfers. Dit doen we door de kosten per patiënt te berekenen, en dat te vermenigvuldigen met de totale bevolking. De vraag is dan: wat is de totale bevolking?

We zouden uit kunnen gaan van de totale bevolking zoals door het CBS gerapporteerd: 16.334.210 inwoners in 2006 (bron: CBS statline, mei 2007). Hiermee zouden we echter geen recht doen aan het feit dat a) niet iedereen verzekerd is en b) niet iedereen staat ingeschreven bij een huisarts. Dit zijn de voorwaarden om te kunnen declareren.

Een beter uitgangspunt derhalve vormt het aantal patiënten dat een verzekering heeft afgesloten bij een zorgverzekeraar. Dit gegeven is bekend bij Vektis, dat cijfers verzamelt over kosten van de gezondheidszorg in Nederland bij zorgverzekeraars (zie www.vektis.nl): het gaat om in totaal 16.095.091 mensen. Binnen deze groep bevindt zich ook de institutionele bevolking – dat zijn patiënten in bijvoorbeeld verpleeghuizen en gevangenissen die niet zijn ingeschreven bij een huisarts. De totale populatie van mensen in instellingen werd voor 2006 door het CBS geschat op 209.000, maar het CBS rekent hierin ook de bewoners van verzorgingshuizen mee. Deze groep, die in 2004 uit zo'n 110.000 patiënten bestond, staat echter juist wél ingeschreven bij huisartsen. Als we met dit laatste rekening houden, dan komen we op een totaal van 15.996.287 inwoners voor wie de huisarts in principe een inschrijftarief in rekening zou kunnen brengen. Deze rekensom is in tabel 2 nog eens weergegeven.

Tabel 2: Berekening bevolkingsaantal (inclusief NONI's)

| | |
|---|-------------------|
| Totaal aantal verzekerden (bron: Vektis) | 16.095.091 |
| Totale institutionele bevolking volgens (bron: CBS statline, 2006) | -209.000 |
| Bevolking in verzorgingshuizen 2004 (bron: www.zorgatlas.nl) | +110.196 |
| Totaal | 15.996.287 |

Binnen de in tabel 2 omschreven groep bevinden zich mensen die wél een zorgverzekering hebben afgesloten maar (nog) niet staan ingeschreven bij een huisarts (de zogenaamde Niet Op Naam Ingeschrevenen, of NONI's). Omdat onduidelijk is hoe groot deze groep is kan hiervoor niet exact gecorrigeerd worden. In plaats daarvan berekenen we een tweede landelijk cijfer, gebaseerd op het landelijk totaal aantal gehonoreerde declaraties van inschrijftarieven, zoals dat door Vektis is vastgesteld. Vektis heeft op die manier bepaald dat er voor 15.209.861 patiënten gedeclareerd wordt. Dit cijfer zal een onderschatting zijn, aangezien het goed mogelijk is dat huisartsen in voorkomende gevallen abusievelijk hebben nagelaten te declareren, bijvoorbeeld als de administratie nog niet volledig op orde is. Per saldo leidt de vermenigvuldiging met dit cijfer tot de minimale kosten op landelijk niveau, terwijl de berekening met het cijfer uit tabel 2 de maximale kosten oplevert.

2.4 Vergelijking met ramingen Vogelaar

De aldus berekende minimale en maximale kosten worden afgezet tegen de ramingen die werden gemaakt in het Vogelaarakkoord (zie ook tabel 1). De daartoe gebruikte bedragen op landelijk niveau worden in het akkoord expliciet genoemd voor de module POH (€49 miljoen), de kosten voor incidentele en acute zorgverlening, oftewel passanten (€23,5 miljoen), de module populatiegebonden vergoedingen (€25 miljoen), en de module M&I (€50 miljoen).

Landelijke ramingen voor het aantal reguliere consulten zijn gemaakt door uit te gaan van de 8296 consulteenheden per normpraktijk van 2350 patiënten (zie tabel 1): we komen dan op 3,53 consulteenheden per patiënt uit. Dit getal kan vermenigvuldigd worden met de verzekerde bevolking, waarbij is uitgegaan van een minimale variant en een maximale variant (zie voorgaande). Uitgaande van het tarief van €9 komen we op een minimale raming van €483 miljoen, maximaal €508 miljoen.

Voor een landelijke raming van de inschrijftarieven wordt uitgegaan van het inschrijftarief van €52 vermenigvuldigd met de minimale en de maximale schatting van het totaal aantal ingeschrevenen in Nederland. Minimaal berekenen we zo een geraamd landelijk bedrag voor inschrijftarieven van €791 miljoen, maximaal €832 miljoen. Hierin is de opslag uit de module populatiegebonden vergoedingen (€25 miljoen) nog niet opgenomen.

Hoewel de vergelijking met geraamde bedragen inzicht biedt in de effecten van gevonden verschillen op landelijk niveau, moet onthouden worden dat de meeste van deze ramingen geen ‘harde afspraken’ betreffen. In het geval van de module POH wordt zelfs expliciet gesproken van een ‘open einde’. Zoals in paragraaf 1.2 gezegd zijn binnen het Vogelaarakkoord alleen concrete afspraken gemaakt over het aantal consulteenheden.

3 Wat wordt er gedeclareerd en wat zijn de kosten?

In dit hoofdstuk bekijken we achtereenvolgens wat er in 2006 is gedeclareerd aan inschrijftarieven (inclusief de populatiegebonden vergoedingen en de vergoeding voor het digitaal aanleveren van declaraties), reguliere verrichtingen, incidentele en acute zorgverlening (verrichtingen bij passanten), verrichtingen door praktijkondersteuning huisartsen (POH) en de verrichtingen in het kader van Modernisatie en Innovatie (M&I).

3.1 Methode

Voor de analyses over de reguliere verrichtingen, verrichtingen bij passanten en M&I-verrichtingen is gebruik gemaakt van alle 89 praktijken die in 2006 gegevens leverden.

Voor wat betreft de inschrijftarieven zijn 16 praktijken buiten beschouwing gelaten omdat deze geen inschrijftarieven hadden gedeclareerd, of als er iets mis was gegaan in het proces van declareren (bijvoorbeeld dat er vaker dan 4 maal per jaar was gedeclareerd). Per praktijk is bekeken of het aantal patiënten waarvoor een inschrijftarief is gedeclareerd overeen kwam met het aantal – volgens de patiëntenadministratie van de huisarts – ingeschreven patiënten. Op wat kleine afwijkingen na (door nieuwe en vertrokken patiënten) bleek dit het geval: gemiddeld werd een afwijking van 0,3% gevonden.

Bij de behandeling van de contacten met een praktijkondersteuner is gekeken zowel naar het aantal contacten binnen de praktijken waar een POH'er aanwezig was, als naar het gemiddelde voor een normpraktijk, waarbij de gegevens uit alle 89 praktijken werden gebruikt. Dit laatste was nodig om tot een 'normcijfer' te komen waarop de landelijke kosten konden worden berekend. Van de 89 LINH praktijken zijn er 51 (57%) die in meer of mindere mate verrichtingen POH declareren. Het aandeel praktijken met een POH binnen LINH komt overeen met nog ongepubliceerde, landelijke cijfers uit de Monitor samenwerking eerste lijn van het NIVEL.

Voor het declareren van *verrichtingen* door een POH, is het voor een praktijk niet noodzakelijk een overeenkomst met een verzekeraar te hebben; voor het declareren van de *module* POH is dit wél nodig. Onder de 51 praktijken die POH verrichtingen declareerden, waren er 45 die ook de module POH declareerden; de overige 6 praktijken hadden kennelijk (nog) geen overeenkomst met een verzekeraar op dit gebied.

3.2 Inschrijftarieven

Tabel 3 toont de gedeclareerde inschrijftarieven in 2006. In totaal werden 5,1% van alle inschrijftarieven gedeclareerd voor patiënten uit achterstandswijken. Veruit de meeste declaraties vonden elektronisch plaats: 98,1%.

Voor elke ingeschreven patiënt kan op jaarbasis €52 worden berekend. In het Vogelaar-akkoord is middels de module populatiegebonden vergoedingen vastgesteld dat er voor oudere patiënten en patiënten uit achterstandswijken een opslag kan worden berekend. Deze is in de CTG-Zaio tarifiering (2005) opgenomen, waarbij ook een opslag voor het digitaal declareren is opgenomen (à €0,25). Indien dit alles in aanmerking wordt genomen leiden de cijfers uit tabel 3 tot een landelijk bedrag van minimaal €829 miljoen en maximaal €872 miljoen. Daarbinnen is minimaal €38 miljoen, en maximaal €40 miljoen toe te schrijven aan de opslagen en het digitaal declareren. Dit komt ongeveer overeen met de bedragen die binnen het Vogelaar-akkoord werden genoemd, namelijk €25 miljoen voor de module populatiegebonden vergoedingen en €15 miljoen voor het digitaal declareren.

Tabel 3: Gedeclareerde inschrijftarieven in 2006 per 2350 ingeschreven patiënten en geëxtrapoleerd naar een jaarcijfer (N= 272.882 patiënten in 73 praktijken)

| Tariefomschrijving | CTG codes | Absoluut aantal | % | Per 2350 patiënten |
|-------------------------------------|-------------|--------------------|-------|-----------------------|
| < 65 jaar, geen achterstandswijk | 11000+11010 | 884245 | 81,0% | 7615 |
| 65 - 75 jaar, geen achterstandswijk | 11100+11110 | 84330 | 7,7% | 726 |
| > 75 jaar, geen achterstandswijk | 11101+11111 | 68315 | 6,3% | 588 |
| < 65 jaar, achterstandswijk | 11102+11112 | 48294 | 4,4% | 416 |
| 65 - 75 jaar, achterstandswijk | 11103+11113 | 3435 | 0,3% | 30 |
| > 75 jaar, achterstandswijk | 11104+11114 | 2903 | 0,3% | 25 |
| Totaal | | 1091524 | 100% | |

3.3 Verrichtingen van de huisarts

Tabel 4 geeft een overzicht van het aantal gedeclareerde verrichtingen met de huisarts in 2006. In een normpraktijk met 2350 patiënten komen we uit op een totaal van 12.092 gedeclareerde contacten. Consulten (korter dan 20 minuten) en herhaalrecepten vormen hierin de belangrijkste componenten. Nieuw is dat e-mail consulten kunnen worden gedeclareerd. Van de 89 praktijken hebben er 30 gebruik gemaakt van de deze nieuwe mogelijkheid (33,7%). De helft van deze praktijken deed dat overigens slechts 7 maal of minder.

Tabel 4: Aantal gedeclareerde verrichtingen huisarts in 2006 per normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten (N praktijken=89)

| Type verrichting | Code | Declaraties per normpraktijk |
|-----------------------|-------|------------------------------|
| Consult < 20 minuten | 12000 | 5024 |
| Consult > 20 minuten | 12001 | 443 |
| Visite < 20 minuten | 12002 | 368 |
| Visite > 20 minuten | 12003 | 73 |
| Telefonisch consult | 12004 | 1309 |
| Herhalingsrecept | 12005 | 4850 |
| Vaccinatie | 12006 | 16 |
| E-mailconsult | 12007 | 8 |
| Totaal (normpraktijk) | | 12092 |

In Tabel 5 zijn de aantallen contacten omgerekend naar consulteenheden. In totaal gaat het om 9738 gedeclareerde consulteenheden over 2006. Zoals in hoofdstuk 1.2 uiteen gezet is in het Vogelaarakkoord uitgegaan van 8296 consulteenheden; de gegevens uit LINH over 2006 komen dus 17,4% hoger uit.

Als we de aantallen contacten weer doorrekenen naar een landelijk bedrag komen we minimaal op €567 miljoen, en maximaal op €596 miljoen. In het Vogelaarakkoord is uitgegaan van €508 miljoen; onze schattingen liggen dus €59 tot €88 miljoen hoger.

Tabel 5: Aantal consulteenheden huisarts in 2006 per normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten (N praktijken=89)

| Type verrichting | Code | Declaraties per normpraktijk |
|--|-------|------------------------------|
| Consult < 20 minuten | 12000 | 5024 |
| Consult > 20 minuten | 12001 | 886 |
| Visite < 20 minuten | 12002 | 552 |
| Visite > 20 minuten | 12003 | 184 |
| Telefonisch consult | 12004 | 655 |
| Herhalingsrecept | 12005 | 2425 |
| Vaccinatie | 12006 | 8 |
| E-mailconsult | 12007 | 4 |
| Totaal (normpraktijk) | | 9738 |
| Consulteenheden per patiënt | | 4,14 |
| Consulteenheden per normpraktijk * €9,- (normpraktijk) | | €87.640 |

3.3.1 Waar zijn de verschillen aan toe te schrijven?

Om na te gaan waaraan de verschillen zijn toe te schrijven, kijken we eerst naar de uitgangspunten die zijn gebruikt bij het vaststellen van het €9 tarief. In aanloop tot de stelselwijziging is op grond van cijfers uit LINH een raming gemaakt van het verwachte aantal gedeclareerde contacten (De Bakker et al., 2005). Deze raming vond plaats op basis van gegevens uit 2003 waarbij uit werd gegaan van de declaraties bij particulier verzekerden (omdat indertijd alleen bij particulier verzekerden consulten werden gedeclareerd). Deze gegevens werden via een weging geëxtrapoleerd naar de ziekenfonds-

verzekerden, om vervolgens de totalen voor alle patiënten te berekenen. Dit vormde het uitgangspunt voor de raming van de verrichtingen per contactsoort per patiënt (zie tabel 6). Bijlage 1 bevat een meer gedetailleerde beschrijving van deze procedure.

Tabel 6 toont de verschillen tussen de raming en de werkelijk gedeclareerde verrichtingen per patiënt per jaar in termen van verrichtingen en in termen van consulteenheden. Uit deze analyses blijkt dat het aantal gedeclareerde consulten en visites korter dan 20 minuten en het aantal telefonische consulten in 2006 nagenoeg gelijk was aan de in 2003 geraamde aantallen. Het aantal gedeclareerde consulten en visites langer dan 20 minuten en het aantal gedeclareerde (herhaal)recepten is daarentegen flink hoger dan geraamd. In tabel 6 zijn ook de consulteenheden opgenomen. Daaruit blijkt dat als gevolg van de verschillen in de tarifiering, de effecten in absolute (financiële) zin vooral worden veroorzaakt door de lange visites en consulten (duur, met een tarief van 2*€9), en in mindere mate door de herhaalreceptuur (tarief van 0,5*€9).

Tabel 6: Gedeclareerde verrichtingen in 2006 in vergelijking tot de raming op basis van 2003: aantal gedeclareerde verrichtingen en consulteenheden per patiënt per jaar.

| Type verrichting | Verrichtingen per patiënt per jaar | | Consulteenheden per patiënt per jaar | |
|---|------------------------------------|------|--------------------------------------|------|
| | Geraamd | 2006 | Geraamd | 2006 |
| Consult <20 minuten (1 consulteenheid) | 2,09 | 2,14 | 2,09 | 2,14 |
| Consult > 20 minuten (2 consulteenheden) | 0,06 | 0,19 | 0,13 | 0,38 |
| Visite < 20 minuten (1,5 consulteenheid) | 0,19 | 0,16 | 0,28 | 0,24 |
| Visite > 20 minuten (2,5 consulteenheden) | 0,01 | 0,03 | 0,02 | 0,08 |
| Telefonisch consult (0,5 consulteenheid) | 0,51 | 0,56 | 0,25 | 0,28 |
| (Herhaal) recept (0,5 consulteenheid) | 1,53 | 2,06 | 0,77 | 1,03 |
| Overig (0,5 consulteenheid)* | 0,03 | 0,01 | 0,01 | 0,01 |
| Totaal | 4,42 | 5,15 | 3,56 | 4,14 |

* In de oorspronkelijke raming werd niet uitgesplitst naar vaccinatie en e-mailconsult. Deze zijn hier samengenomen onder 'Overig'.

3.4 Praktijkondersteuning (POH)

3.4.1 Verrichtingen van de praktijkondersteuner

Tabel 7 toont de aantallen gedeclareerde POH-verrichtingen, in tabel 8 is dit omgerekend naar consulteenheden. Binnen elke tabel zijn de cijfers weergegeven voor een normpraktijk (representatief voor het landelijke beeld) en voor de selectie van 51 praktijken met een POH. Voor een normpraktijk geldt dat gemiddeld in totaal 396 POH-verrichtingen worden gedeclareerd, oftewel 539 consulteenheden. Op landelijk niveau vertaalt zich dat naar een bedrag dat tussen de €31,5 miljoen en €33,1 miljoen ligt. Dit is ongeveer twee maal zoveel als het geraamde bedrag van €16 miljoen. Binnen de POH praktijken worden 574 verrichtingen gedeclareerd per 2350 patiënten, oftewel 782 consulteenheden.

Tabel 7: Aantal gedeclareerde verrichtingen POH in 2006 per praktijk van 2350 ingeschreven patiënten (N praktijken=89; POH=51)

| Type verrichting | Code | Norm | POH |
|--------------------------------------|-------|------|-----|
| Consult < 20 minuten | 12100 | 163 | 236 |
| Consult > 20 minuten | 12101 | 133 | 193 |
| Visite < 20 minuten | 12102 | 19 | 28 |
| Visite > 20 minuten | 12103 | 20 | 29 |
| Telefonisch consult | 12104 | 45 | 65 |
| Herhalingsrecept | 12105 | 14 | 21 |
| Vaccinatie | 12106 | 2 | 2 |
| Totaal (praktijk van 2350 patiënten) | | 396 | 574 |

Tabel 8: Aantal consulteenheden POH in 2006 per praktijk van 2350 ingeschreven patiënten (N praktijken=89; POH=51)

| Type verrichting | Code | Norm | POH |
|--|-------|--------|--------|
| Consult < 20 minuten | 12100 | 163 | 236 |
| Consult > 20 minuten | 12101 | 266 | 386 |
| Visite < 20 minuten | 12102 | 29 | 42 |
| Visite > 20 minuten | 12103 | 50 | 73 |
| Telefonisch consult | 12104 | 23 | 32 |
| Herhalingsrecept | 12105 | 7 | 10 |
| Vaccinatie | 12106 | 1 | 1 |
| Totaal (praktijk van 2350 patiënten) | | 539 | 782 |
| Consulteenheden per patiënt | | 0,23 | 0,33 |
| Consult- eenheden * €9,- (praktijk, 2350 pat.) | | €4.840 | €6.980 |

3.4.2 POH module

In 45 praktijken werd de POH-module gedeclareerd. Hiervan waren er 10 die dit niet ieder kwartaal deden. Waarschijnlijk hebben de praktijken pas later in het jaar een overeenkomst met een verzekeraar afgesloten. Gemiddeld wordt voor een normpraktijk per patiënt €3,65 in rekening gebracht aan de module POH. Dat vertaalt zich in een landelijk bedrag dat tussen de €55,5 miljoen en €58,3 miljoen ligt. In het Vogelaarakkoord werd uitgegaan van 33 miljoen.

3.5 Verrichtingen bij passanten

Tabel 9 toont de gedeclareerde verrichtingen voor incidentele en acute zorgverlening. In Tabel 10 zijn deze omgezet naar consulteenheden. Per normpraktijk wordt op jaarbasis 91 keer een verrichting gedeclareerd voor passanten, ofwel 80 consulteenheden. Het daarmee gemoeide bedrag op landelijk niveau ligt tussen €12,8 miljoen en €13,5 miljoen, en blijft ruimschoots beneden de raming van €23,5 miljoen uit het Vogelaar-akkoord.

Tabel 9: Aantal gedeclareerde verrichtingen bij passanten in 2006 per normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten (N praktijken=89)

| Type verrichting | Code | 2006 |
|--|-------|------|
| Consult < 20 minuten | 12400 | 46 |
| Consult > 20 minuten | 12401 | 4 |
| Visite < 20 minuten | 12402 | 3 |
| Visite > 20 minuten | 12403 | 1 |
| Telefonisch consult | 12404 | 7 |
| Herhalingsrecept | 12405 | 16 |
| Vaccinatie | 12406 | 1 |
| Passantentarium apotheekhoudend huisarts (per receptregel) | 12407 | 12 |
| Totaal (normpraktijk) | | 91 |

Tabel 10: Aantal consulteenheden bij passanten in 2006 per normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten (N praktijken=89)

| Type verrichting | Code | 2006 |
|--|-------|--------|
| Consult < 20 minuten | 12400 | 46 |
| Consult > 20 minuten | 12401 | 9 |
| Visite < 20 minuten | 12402 | 5 |
| Visite > 20 minuten | 12403 | 2 |
| Telefonisch consult | 12404 | 3 |
| Herhalingsrecept | 12405 | 8 |
| Vaccinatie | 12406 | 1 |
| Passantentarium apotheekhoudend huisarts (per receptregel) | 12407 | 6 |
| Totaal (normpraktijk) | | 80 |
| Consulteenheden per patiënt | | 0,034 |
| Consult- eenheden * €24,80 (normpraktijk) | | €1.986 |

3.6 Welke M&I verrichtingen worden gedeclareerd?

Tabel 11 geeft het overzicht van de aantallen M&I-verrichtingen die zijn gedeclareerd in 2006. Gemiddeld declareerde een normpraktijk 342 M&I verrichtingen. Meest voorkomend zijn chirurgie (19,2%), diabetesbegeleiding (11,3%), Cyriax-injecties (11,0%), longfunctiemeting (8,7%) en verrichting ter vervanging specialistbezoek (8,0%). Er bestaat overigens grote variatie tussen huisartsenpraktijken in aantal en aard van de gedeclareerde M&I verrichtingen.

De door verzekeraars uitgekeerde bedragen voor de verrichtingen zijn sterk afhankelijk van de overeenkomst die de huisarts met de verzekeraar van de patiënt heeft afgesloten. Om toch tot een landelijk cijfer te komen, is uitgegaan van een overzicht van minimale en maximale tarieven voor de M&I verrichtingen, zoals deze door verschillende verzekeraars worden gehanteerd (zie bijlage 2 voor dit overzicht). Als wij bij de berekening uitgaan van het minimaal uitgekeerde bedrag, komen wij op een landelijk cijfer dat tussen €81 miljoen en €85 miljoen ligt. Uitgaande van het maximum tarief komen wij uit op een bedrag tussen €121 miljoen en €128 miljoen. Zowel het minimale als het maximale bedrag komt aanmerkelijk hoger uit dan de geraamde €50 miljoen.

Tabel 11: Aantal gedeclareerde M&I-verrichtingen in 2006 per normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten (N praktijken=89)

| Type verrichting | Code | Aantal per norm praktijk |
|---|-------|--------------------------|
| Audiometrie | 13000 | 8,5 |
| Diagnostiek met behulp van Doppler | 13001 | 4,7 |
| Allergietest | 13002 | 3,6 |
| Tympanometrie | 13003 | 1,6 |
| Longfunctiemeting (= spirometrie) | 13004 | 29,7 |
| ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met patiënt) | 13005 | 14,0 |
| Spleetlamponderzoek | 13006 | 4,3 |
| Tele-echo, tele-röntgen, tele-hartmonitoring op de waddeneilanden | 13007 | 0,0 |
| Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting | 13008 | 4,2 |
| Teledermatologie | 13009 | 0,6 |
| Cognitieve functietest (MMSE) | 13010 | 1,6 |
| Hartritmestoornissen | 13011 | 0,8 |
| Chirurgie | 13012 | 65,6 |
| Chirurgie in geval van cosmetiek | 13013 | 0,3 |
| Tapen | 13014 | 5,6 |
| Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris | 13015 | 5,9 |
| Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de praktijk | 13016 | 15,5 |
| Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis | 13017 | 2,0 |
| Verrichting ter vervanging specialistenbezoek | 13018 | 27,3 |
| Trombosebeen | 13019 | 0,4 |
| Varices sclerosering | 13020 | 0,0 |
| Varices sclerosering in geval van cosmetiek | 13021 | 0,0 |
| Desensibilisatiekuur | 13022 | 2,6 |
| Therapeutische injectie (Cyriax) | 13023 | 37,5 |
| Oogboring | 13024 | 2,5 |
| Aanmeten en plaatsen pessarium | 13025 | 4,7 |
| Urinekatheterisatie | 13026 | 2,7 |
| MRSA-screening | 13027 | 0,6 |
| Otitis externa | 13028 | 1,7 |
| Diabetesbegeleiding per jaar | 13029 | 38,6 |
| Diabetes – instellen op insuline | 13030 | 2,1 |
| COPD-gestructureerde zorg per jaar | 13031 | 2,3 |
| Palliatieve consultatie, visite | 13032 | 0,0 |
| Palliatieve consultatie, telefonisch | 13033 | 0,1 |
| Intensieve zorg, visite, dag | 13034 | 17,9 |
| Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag | 13035 | 10,6 |
| Intensieve zorg, ANW visite | 13036 | 1,2 |
| Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten | 13037 | 1,6 |
| Euthanasie | 13038 | 0,2 |
| Reizigersadvisering | 13039 | 8,6 |
| Sterilisatie man | 13040 | 0,1 |
| Besnijdenis | 13041 | 0,7 |
| IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje | 13042 | 8,0 |
| Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis | 13043 | 0,8 |
| Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang | 13044 | 0,4 |
| Module Abdominale echografie | 13045 | 0,0 |
| Totaal per normpraktijk | | 341,7 |

3.7 Conclusie

In dit hoofdstuk is gebleken dat er het aantal gedeclareerde verrichtingen afwijken van de uitgangspunten in het Vogelaarakkoord. In tabel 12 zetten we de berekende bedragen op

landelijk niveau nog een keer op een rijtje. Afhankelijk van het gebruikte bevolkingsaantal (zie hoofdstuk 2.3) wordt komen de schattingen op grond van declaraties €142 miljoen tot €156 miljoen hoger uit dan de ramingen uit het Vogelaar-akkoord, ofwel zo'n 10%. Hierbij is uitgegaan van de minimale variant als het gaat om de M&I verrichtingen. De maximale variant komt nog ruim €40 miljoen minder gunstig uit (bijna 3%).

Het grootste verschil in financiële termen wordt gevonden bij de verrichtingen van de huisarts. Uit tabel 6 bleek al dat dit vooral is toe te schrijven aan een hoger aantal langdurige consulten en visites en aan een hoger aantal herhaalrecepten dan was verwacht. Procentueel zit het grootste verschil in de POH verrichtingen, waarvan de schattingen veel hoger uitkomen dan geraamd.

Bij dit alles moet worden opgemerkt dat er een aanzienlijke variatie tussen praktijken werd gevonden. Vooral bij de declaratie van de module POH en de verrichtingen M&I bleek dit het geval. Dit heeft gevolgen voor de robuustheid van de berekende gemiddelde aantallen declaraties.

Tabel 12: Overzicht geraamde kosten en kosten op grond van declaraties (in miljoenen euro's).

| | Kosten geraamd* | | Kosten declaraties | | Verschil declaratiesraming | | Verschil declaratiesraming in % | |
|---------------------------------------|-----------------|------|--------------------|------|----------------------------|-----|---------------------------------|--------|
| | min | max | min | max | min | max | min | max |
| Inschrijftarieven ** | 831 | 872 | 829 | 872 | -2 | 0 | 0,0% | |
| Verrichtingen huisarts | 483 | 508 | 567 | 596 | 84 | 88 | 17,4% | |
| Verrichtingen POH | 16 | | 32 | 33 | 16 | 17 | 100% | 106,3% |
| Module POH | 33 | | 56 | 58 | 23 | 25 | 69,7% | 75,8% |
| Verrichtingen passanten | 23,5 | | 13 | 14 | -11 | -10 | -46,8% | -42,6% |
| Verrichtingen M&I (minimale tarieven) | 50 | | 81 | 85 | 31 | 35 | 62,0% | 70,0% |
| Totaal | 1437 | 1503 | 1578 | 1658 | 142 | 156 | 9,9% | 10,4% |

* Ramingen zijn gebaseerd op het Vogelaar-akkoord (Vogelaar, 2005). Zie paragraaf 2.4

** Opbouw raming inschrijftarief: (€52 maal bevolking)+€25 miljoen opslag+€15 miljoen elektronische declaraties. Zie paragraaf 3.2

Noot: zie paragraaf 2.4 voor een nadere uitleg over de minimale en maximale varianten van de geschatte kosten.

4 Ontwikkelingen 2005-2006 in het gebruik van huisartsenzorg

Zowel voor patiënten als voor huisartsen heeft de stelselwijziging grote gevolgen gehad. In het voorgaande hoofdstuk is vooral gekeken naar de gevolgen voor het declaratiegedrag van huisartsen. In dit hoofdstuk bekijken we het van de andere kant: is er na de stelselwijziging een toename te zien in het zorggebruik? En heeft de stelselwijziging invloed gehad op het deel van het zorggebruik dat daadwerkelijk gedeclareerd wordt?

4.1 Methode

Om de ontwikkeling in het gebruik van zorg bij de huisarts tussen 2005 en 2006 zichtbaar te maken is een voor beide jaren vergelijkbare maat nodig. Zowel voor 2005 als voor 2006 is bekeken of er bij een patiënt óf een verwijzing plaatsvond óf een geneesmiddel werd voorgeschreven óf een diagnose werd geregistreerd. Dit noemen we in het vervolg *zorgcontacten*, en kan worden beschouwd als een benadering van het aantal contacten dat de huisarts heeft. In de definitie van zorgcontact wordt dus niet uitgegaan van de gedeclareerde verrichtingen, maar van de meer zorginhoudelijke registratie van diagnoses, prescripties en verwijzingen.

Zowel in 2005 als in 2006 is het aantal zorgcontacten berekend, zodat een vergelijking tussen beide jaren mogelijk werd. Bij de vergelijking zijn alleen patiënten betrokken die zowel in 2005 als in 2006 als vaste patiënt stonden ingeschreven bij één van de aan LINH deelnemende praktijken. In totaal ging het hierbij om 215.634 patiënten in 57 praktijken. Vervolgens zijn praktijken geselecteerd die zowel in 2005 als in 2006 alle benodigde gegevens (over diagnose, prescripties en verwijzingen) hadden aangeleverd. Hierdoor bleven er voor deze analyses 52 praktijken over.

Behalve de ontwikkeling in zorgcontacten is ook bekeken bij welk percentage hiervan een declaratie heeft plaatsgevonden. Ook deze analyses zijn uitgevoerd op de selectie van patiënten die zowel in 2005 als in 2006 stonden ingeschreven in een praktijk die aan LINH deelnam. Omdat binnen het 'oude' stelsel geen declaraties plaatsvonden bij ziekenfondsverzekerde patiënten, kon voor dat jaar alleen voor particuliere patiënten het aandeel declaraties worden berekend. Vijf van de 52 praktijken konden niet in de analyses worden betrokken wegens ontbrekende data over het declaratiegedrag.

4.2 Veranderingen in aantallen zorgcontacten

In tabel 13 is de ontwikkeling van het aantal zorgcontacten tussen 2005 en 2006 weergegeven. Over het geheel genomen blijkt er een lichte stijging in het aantal zorgcontacten van 1,7 procent. Het verschil bij (voorheen) ziekenfondsverzekerden tussen 2005 en 2006 is verwaarloosbaar. Bij de voorheen particuliere patiënten steeg het aantal zorgcontacten daarentegen met iets meer dan 2%.

Tabel 13: Zorgcontacten in 2005 en 2006, voor (voormalig) ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten. Gebaseerd op 52 praktijken.

| | Zorgcontacten | | % Verschil 05-06 | Patiënten | |
|---------------------------|---------------|---------|---------------------|-----------|--------|
| | 2005 | 2006 | | N | % |
| (Voorheen) ziekenfonds | 845663 | 848414 | 0,3% | 132687 | 61,5% |
| (Voorheen) particulier | 324759 | 331980 | 2,2% | 78704 | 36,5% |
| Totaal van hierboven * | 1199910 | 1220865 | 1,7% | 215634 | 100,0% |
| Per normpraktijk per jaar | 13077 | 13305 | | | |
| Per patiënt per jaar | 5,56 | 5,66 | | | |

* Van 4243 patiënten (2,0%) kon niet worden achterhaald hoe zij verzekerd waren; deze groep is wel in het totaal meegenomen

4.3 Veranderingen in gedeclareerde zorgcontacten in 2005 en 2006

De vergelijking tussen 2005 en 2006 in declaraties kon alleen gemaakt worden voor de voormalig particuliere patiënten. In 2005 werden verrichtingen bij de ziekenfonds-patiënten immers niet gedeclareerd. Het percentage zorgcontacten waarbij de huisarts declareerde is in tabel 14 weergegeven voor 2005 en 2006.

Tabel 14: Aantal zorgcontacten waarbij een declaratie plaatsvond als % van het totaal aan plaatsgevonden zorgcontacten. Gebaseerd op 47 praktijken.

| | Contacten | |
|---|-----------|---------|
| | 2005 | 2006 |
| Totaal aantal contacten* | 1095254 | 1106753 |
| Gedeclareerd voor (voorheen) ziekenfonds patiënten | - | 83,0% |
| Gedeclareerd voor (voorheen) particuliere patiënten | 74,0% | 80,6% |
| Totaal* | - | 82,3% |

* Inclusief de contacten van patiënten van wie de verzekeringsvorm onbekend is

In 2005 werd 74% van alle zorgcontacten met particulier verzekerden gedeclareerd. In 2006 is dit percentage bij voormalig particuliere verzekerden 80,6%. In totaal ging in 2006 van alle zorgcontacten 82,3% vergezeld van een verrichting (M&I-declaratie zijn hierin meegeteld). Dit percentage is bij de voormalig ziekenfondspatiënten wat hoger dan bij de voormalig particulier verzekerden.

4.4 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verschillen in zorggebruik en declaraties tussen 2005 en 2006 onderzocht. Om te kunnen vergelijken tussen 2005 en 2006 zijn 'zorgcontacten'

geconstrueerd. Ontwikkelingen zijn apart bekeken voor patiënten die 2005 particulier verzekerd waren en patiënten die in 2005 ziekenfonds verzekerd waren. De resultaten geven aan dat er in het zorggebruik niet veel veranderd is. Alleen bij voormalig particulier verzekerden heeft een lichte stijging plaatsgevonden. Deze uitkomsten worden hieronder nader besproken.

Bij de voormalig particulier verzekerden is het aantal zorgcontacten met 2% toegenomen, terwijl dat bij de voormalig ziekenfondspatiënten gelijk is gebleven. Recente cijfers van het CBS, op basis van enquêtegegevens, laten een vergelijkbare trend zien in het gemiddelde aantal huisartsencontacten per jaar (CBS webmagazine, 2007). In een vergelijking van het gemiddeld aantal contacten over de jaren 2001 t/m 2005 met de contacten in 2006 vond het CBS ook een toename bij (voormalig) particulier verzekerden, en een afname bij ziekenfonds verzekerden. De gevonden verschillen waren klein.

De verandering in het aantal zorgcontacten kan waarschijnlijk niet worden toegeschreven aan het feit dat de onderzochte patiëntenpopulatie één jaar ouder was in 2006. Het ging weliswaar in 2005 en 2006 om dezelfde patiënten, die in 2006 precies 1 jaar ouder waren, maar in dat geval zou het effect zich niet hebben beperkt tot de particulier verzekerden. Ook bij een toename van administratieve handelingen in het elektronisch medisch dossier of een algemene opgaande trend in het zorggebruik zou het effect zich zowel bij particuliere als bij ziekenfonds verzekerde patiënten hebben voorgedaan.

Mogelijk zijn de veranderingen te verklaren uit het wegvallen van het eigen risico bij particulier verzekerden. Veel particulier verzekerden hadden in 2005 een eigen risico, dat bij de stelselwijziging is komen te vervallen. Ook voor voormalig particulier verzekerden met een polis zonder vergoeding voor huisartsenzorg is de drempel om gebruik te maken van huisartsenzorg lager geworden.

Een tweede bevinding was dat het percentage gedeclareerde zorgcontacten bij voormalig particuliere patiënten lager was in 2005 dan in 2006. In 2005 werd 74% van de contacten met voormalig particulier verzekerden gedeclareerd. In 2006 is dit gestegen tot 80,6%. Hier zou een psychologisch effect kunnen spelen. Vóór 2006 werden bij particulier verzekerde patiënten recepten gedeclareerd tegen een half consult. In euro's was dat een behoorlijk bedrag. Dat bedrag is nu veel lager, waardoor de drempel om te declareren misschien lager is geworden. Bij de toename van het aantal lange consulten en visites zou eenzelfde mechanisme werkzaam kunnen zijn. Met ingang van 2006 heeft er ook een verandering plaatsgevonden in wát er gedeclareerd mag worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het e-mailconsult. Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat hiervan nog maar zeer mondjesmaat gebruik gemaakt wordt en het kan dus niet een verklaring zijn voor het feit dat er nu relatief meer blijkt te worden gedeclareerd.

5 Hoe worden de passantentarieven gehanteerd?

Passamententarieven mogen slechts worden gedeclareerd bij de behandeling van patiënten die niet in de eigen praktijk staan ingeschreven. Sinds de stelselwijziging is daar de voorwaarde aan toegevoegd dat deze patiënten niet in dezelfde gemeente woonachtig zijn als waar de praktijk is gevestigd. In dit hoofdstuk gaan we na welke financiële gevolgen deze veranderde definitie heeft voor de huisarts.

5.1 Methode

Van alle patiënten, ook van de niet vaste patiënten, zijn de cijfers van de postcode bekend. Door de postcodes van de patiënten te vergelijken met die van de praktijk kon eenvoudig worden achterhaald of de patiënt uit dezelfde gemeente afkomstig was. Vervolgens is nagegaan bij welke patiënten gedurende 2006 een inschrijftarief is gedeclareerd. Op deze manier kunnen patiënten getypeerd worden als vaste patiënt (wel inschrijftarief), als passant volgens de 'oude' definitie (geen inschrijftarief), of als passant volgens de definitie binnen het nieuwe zorgstelsel (geen inschrijftarief én woonachtig in andere gemeente dan de praktijk). Tenslotte is deze typologie vergeleken met de gedeclareerde passantencontacten.

Praktijken die gedurende het jaar minder dan 26 weken hadden geregistreerd, bij wie declaraties van inschrijftarieven ontbraken of de postcode niet kon worden teruggevonden (postbussen) zijn buiten beschouwing gelaten. Ook de passantentarieven voor apotheekhoudende huisartsen zijn niet in deze analyses betrokken. Bij deze analyses konden uiteindelijk 61 van de 89 praktijken worden betrokken.

5.2 Resultaten

In totaal werden er 8.074 passantencontacten gedeclareerd in de 61 praktijken (tabel 15). Het gaat om ongeveer 79 verrichtingen per normpraktijk per jaar. Met een gemiddelde prijs van €23,89 per passantencontact levert dat de huisarts in een normpraktijk ieder jaar €1875 op.

In totaal 31% van de gedeclareerde passantentarieven vindt dit plaats bij patiënten die geen inschrijftarief hebben én woonachtig zijn buiten de gemeente waarin de praktijk is gevestigd. In deze gevallen wordt het passantentarief toegepast zoals bedoeld in het Vogelaar-akkoord. Overigens wordt gedurende 2006 ook bij deze patiënten een deel van de contacten gedeclareerd onder het €9 tarief.

Een relatief groot deel van de passantencontacten wordt gedeclareerd bij vaste patiënten, althans, patiënten voor wie ook gedurende 2006 een inschrijftarief is gedeclareerd (27%). Het zou hier kunnen gaan om mensen die slechts een deel van 2006 als vaste patiënt stonden ingeschreven, en die buiten die periode wel de huisarts bezochten.

Het aandeel in de passantencontacten van patiënten voor wie geen inschrijftarief is gedeclareerd, maar die wel wonen in dezelfde gemeente als de praktijk is nog iets groter (35%). Het lijkt hier te gaan om oneigenlijk gebruik van het passantentarief. Ook hier kan echter sprake zijn van enige administratieve frictie bij patiënten die gedurende het jaar verhuisden. Het was in deze analyses namelijk niet mogelijk om rekening te houden met verhuizingen van patiënten gedurende het jaar. Ook het feit dat bij een groot deel van deze patiënten ook gewone huisartsconsulten tegen het reguliere €9 tarief is een indicatie dat hier nogal eens een administratieve fout wordt gemaakt.

Tabel 15: Declaraties voor passantencontacten, naar type patiënt (N= 61 praktijken).

| Type patiënt | N declaraties | % | Per normpraktijk |
|------------------------------|---------------|-----|------------------|
| Niet vast, gemeente onbekend | 612 | 8 | 6 |
| Vaste patiënt | 2.156 | 27 | 21 |
| Niet vast, eigen gemeente | 2.843 | 35 | 28 |
| Niet vast, andere gemeente | 2.463 | 31 | 24 |
| Totaal | 8.074 | 100 | 79 |

5.3 Conclusie

De resultaten uit dit hoofdstuk geven aan dat in tenminste één derde van de gevallen het passantentarief terecht wordt gedeclareerd. In de rest van de gevallen wordt het tarief niet correct toegepast.

Vanwege tussentijds verhuizende patiënten kan het zijn dat deze cijfers een te negatief beeld geven. Desalniettemin is het duidelijk dat het passantentarief niet altijd correct wordt toegepast. Onbekendheid van huisartsen met de nieuwe regels speelt hier mogelijk een rol.

Overigens kan het geen kwaad nog eens te herhalen dat we het hier hebben over door de huisarts gedeclareerde verrichtingen. Of deze ook uitbetaald worden kon hier niet worden nagegaan maar aangezien corresponderende gegevens van Vektis veel lager uitvallen, is het aannemelijk dat veel declaraties gewijzigd zijn.

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

Verrichtingen uit de module Modernisatie en Innovatie (M&I) zijn in het leven geroepen om behandelingen die vaak door een medisch specialist worden uitgevoerd meer in de huisartspraktijk zelf te laten plaatsvinden. 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 M&I verrichtingen uitvoeren ook minder verwijzen. Daartoe bekijken we in dit hoofdstuk de samenhang tussen verwijzingen en verrichtingen: in hoeverre is er sprake van een verband tussen het aantal gedeclareerde M&I verrichtingen en het aantal verwijzingen naar de tweede lijn?

6.1 Methode

Over het jaar 2006 is voor elk van de binnen LINH aanwezige praktijken gekeken hoeveel verrichtingen M&I er zijn geregistreerd en hoeveel verwijzingen gedaan. Een eventueel effect van substitutie zou tot uiting komen door een negatief verband tussen beide: meer verrichtingen leidt tot minder verwijzingen. In eerder onderzoek vond Groenewegen (1990) op deze wijze bewijs voor een substitutie effect.

Het heeft weinig zin om het totaal aan verwijzingen en verrichtingen met elkaar te vergelijken omdat de M&I verrichtingen betrekking hebben op een te klein deel van het totaal aan verwijzingen. Een nadere differentiatie is nodig en daartoe hebben we in de eerste plaats gekeken naar clusters van M&I codes (zie tabel 16). Er wordt allereerst een onderscheid gemaakt tussen een groep *diagnostische metingen* en een groep *therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen*. Daarnaast is uitgegaan van de 5 meest voorkomende M&I verrichtingen.

Voor elk van de 7 groepen is vastgesteld welke diagnoses het vaakst voorkwamen; deze zijn in de laatste kolom van tabel 16 weergegeven. De analyses bestonden er uit dat binnen elk van deze diagnose-clusters is gekeken naar de correlatie (*product moment correlatie coëfficiënt*), een statistische maat voor samenhang tussen het aantal verwijzingen en het aantal M&I verrichtingen. Voordat de correlatie werd berekend werden deze aantallen gestandaardiseerd door ze te delen door het totaal aantal gedeclareerde verrichtingen dat binnen die praktijk heeft plaatsgevonden. Bovendien is binnen elke praktijk het aantal verwijzingen en gedeclareerde M&I verrichtingen gecorrigeerd voor het aantal weken dat is geregistreerd: er is steeds omgerekend naar een volledig jaar registratie.

Tabel 16: Differentiatie van M&I codes: clusters en bijbehorende diagnoses.

| Omschrijving | Bijbehorende diagnoses |
|--|--|
| 1 Alle diagnostische metingen | R96 Astma R95 Emfyseem/COPD H02 Gehoorklachten K86 Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging T90 Diabetes Mellitus |
| 2 Alle therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen | L92 Schouder syndroom/PHS S18 Scheurwond/Snijwond S79 Ander benigne neoplasma huid/subcutis L99 Andere ziekte bewegingsapparaat S93 Atheroomcyste/epitheelcyste |
| 3 13012 Chirurgische ingreep | S79 Ander benigne neoplasma huid/subcutis S18 Scheurwond/Snijwond S93 Atheroomcyste/epitheelcyste S82 Naevus/moedervlek S94 Ungui incarnatus/andere nagelaandoening |
| 4 13018 Injectie op verzoek specialist | B81 Perniceuze/foliumzuurdeficiëntie-anemie L88 Reumatoïde artritis/verwante aandoening Y77 Maligniteit prostaat S18 Scheurwond/Snijwond X76 Maligniteit borst vrouw |
| 5 13023 Corticosteroid-injecties (Cyriax) | L92 Schouder syndroom/PHS L99 Andere ziekte bewegingsapparaat L08 Schouder symptomen/klachten L93 Epicondylitis lateralis L90 Gonartrose |
| 6 13029 Diabetes begeleiding | T90 Diabetes Mellitus |
| 7 13004 Spirometrie | R96 Astma R95 Emfyseem/COPD R02 Dyspnoe/benauwdheid R05 Hoesten A97 Geen ziekte |

Tabel 17: Correlaties tussen verrichtingen en verwijzingen.

| Omschrijving | Gevonden correlatie |
|---|---------------------|
| 1 Diagnostische metingen | 0.16 |
| 2 Therapeutische, chirurgische of diagnostische verrichtingen | 0.42** |
| 3 13012 Chirurgische ingreep | 0.11 |
| 4 13018 Injectie op verzoek specialist | 0.08 |
| 5 13023 Corticosteroid-injecties (Cyriax) | 0.23* |
| 6 13029 Diabetes begeleiding | 0.25* |
| 7 13004 Spirometrie | 0.24* |

* p<0.05 ** p<0.01

6.2 Resultaten

In tabel 17 zijn de correlaties weergegeven tussen het aantal verrichtingen M&I en het aantal verwijzingen. Uit de correlaties blijkt dat er geen, of een positieve samenhang bestaat tussen het aantal verrichtingen en het aantal verwijzingen.

6.3 Conclusie

Op grond van deze resultaten kan niet worden aangenomen dat er substitutie heeft plaatsgevonden, aangezien dan een negatief verband zou zijn gevonden. De positieve correlaties duiden er nu vooralsnog op dat meer declaraties van M&I verrichtingen gepaard gaat met meer verwijzingen. Deze resultaten zijn in tegenspraak met de resultaten die Groenewegen (1990) vond. Daarvoor zijn een aantal verklaringen te noemen.

Ten eerste is in de bovenstaande analyse uitgegaan van gedeclareerde M&I verrichtingen. Deze declaraties kunnen alleen plaatsvinden als daarover een overeenkomst is afgesloten met de verzekeraar. Indien zo'n overeenkomst niet bestaat kan dus niet gedeclareerd worden. Ook kunnen storende variabelen, zoals de introductie van de verwijfsfunctie van de bedrijfsarts; de direct toegankelijke fysiotherapeut en de uitbreiding van de van de no-claimregeling, een effect op het verwijfscijfer hebben.

Daarnaast moet ook niet worden vergeten dat de M&I verrichtingen en het nieuwe declaratiesysteem een tijd van 'gewenning' zal kennen. M&I-verrichtingen zijn ingevoerd als een relatief klein onderdeel van complexe veranderingen van het honoreringssysteem. Veruit de meeste aandacht gedurende het eerste jaar na de stelselwijzigingen is in de huisartsenpraktijk waarschijnlijk uitgegaan naar administratieve zaken, zoals de inschrijving op naam. Deze aspecten waren in eerste instantie noodzakelijk om het systeem te laten werken; prikkels op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid zouden mogelijk pas in een later stadium een grotere rol kunnen gaan spelen.

7 Conclusie en discussie

In 2006, sinds de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet, hebben huisartsen ruim 17% meer verrichtingen gedeclareerd dan van te voren werd verwacht. Door de introductie van de Zorgverzekeringswet, waarin ondermeer het verschil tussen particulier en ziekenfondsverzekerden is weggefallen, was het nodig om een nieuwe systematiek voor het vergoeden van de huisarts te introduceren. Het blijkt dat de veronderstellingen achter deze systematiek, uit 2005, in de praktijk anders uitpakken. Dit blijkt uit de in dit rapport gepubliceerde cijfers op grond van LINH, die worden bevestigd door de gegevens van Vektis.

Een tweede bevinding in dit rapport is dat het zorggebruik slechts 1 à 2% is toegenomen sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet, waarbij dit effect eigenlijk alleen bij voormalig particulier gevonden wordt. Deze resultaten worden ondersteund door recente cijfers van het CBS, die ook alleen bij voorheen particulier verzekerden een zeer geringe toename in zorggebruik constateerde.

Het is niet duidelijk hoe de gevonden effecten te verklaren zijn. Een nadere analyse van het hogere aantal declaraties wijst uit dat het verschil met de geraamde aantallen vooral wordt veroorzaakt door een hoger aantal gedeclareerde lange consulten, lange visites en herhaalrecepten. Dat deze verschillen niet teruggevonden worden in een navenant hoger zorggebruik is opvallend omdat de oorspronkelijke uitgangspunten ook gebaseerd werden op het zorggebruik (uit 2005). Een mogelijke conclusie is dan ook dat de introductie van de nieuwe honoreringssystematiek tijd nodig heeft om 'in te slijten'. Iets dergelijks blijkt ook uit het gegeven dat huisartsen het passantentarief vaak nog op de oude manier te hanteren, en het uitblijven van duidelijke substitutie-effecten na de invoering van de verrichtingen M&I.

In het vervolg van dit besluitende hoofdstuk volgt een discussie over de resultaten van dit rapport. De gegevens van LINH dienen niet als enige bron voor de evaluatie van de stelselwijziging. Een andere bron voor evaluatie zijn de gegevens die door Vektis worden verzameld bij de zorgverzekeraars. Omdat LINH en Vektis gebruik maken van verschillende gegevensbronnen, verschillen ook de mogelijkheden voor evaluatie van de gemaakte afspraken in het Vogelaar akkoord. Daartoe volgt in het navolgende eerst een nadere vergelijking van deze twee gegevensbronnen.

7.1 Evaluatie van het Vogelaar-akkoord volgens LINH en Vektis

Vektis vraagt gegevens over de gehonoreerde declaraties op bij (in principe alle) zorgverzekeraars. Daarbij gaat het vooralsnog om gegevens op geaggregeerd niveau, die niet terug te voeren zijn op individuele patiënten. Mits alle verzekeraars op tijd de declaraties verwerken en gegevens leveren, maken de Vektis gegevens het mogelijk om een betrouwbaar beeld te schetsen van hoeveel er is gehonoreerd.

De LINH-gegevens bevatten informatie over het zorggebruik van ongeveer 2% van de Nederlandse bevolking (zie ook hoofdstuk 2). In 2006 namen 89 praktijken deel, een voldoende grote steekproef om uitspraken te doen op landelijk niveau. De LINH gegevens verschillen echter ook op andere vlakken van de Vektis-gegevens.

Ten eerste verzamelt LINH gegevens direct bij huisartspraktijken. Het gaat dan dus om de uitgaande declaraties, hetgeen uiteraard niet hetzelfde is als wat door de verzekeraar wordt gehonoreerd (en wat door Vektis wordt geregistreerd). Niet alleen kan dat inhoudelijke verschillen opleveren, maar ook een verschil in de tijd: honorering vindt immers later plaats dan de declaratie. Dit kan bij de verwerking enige maanden achterstand opleveren.

Ten tweede is er een belangrijk verschil in het niveau waarop de data verzameld worden. Terwijl Vektis de gegevens op geaggregeerd niveau binnenkrijgt van verzekeraars (aantallen uitbetaalde declaraties), verzamelt LINH de gegevens op het niveau van declaraties. Deze declaraties kunnen herleid worden tot patiënten, en op dat niveau gerelateerd aan het zorggebruik. Dit heeft grote voordelen, zoals het kunnen identificeren van voormalig ziekenfondsverzekerden en het zorggebruik vóór en na de stelselwijziging te vergelijken met die van voorheen particulier verzekerden (zie hoofdstuk 4).

Ten derde kunnen de gedeclareerde verrichtingen worden gerelateerd aan diagnoses, verwijzingen, prescriptie, contacten en de gezondheidsproblemen van patiënten. Daardoor konden we in hoofdstuk 6 bijvoorbeeld de substitutie-effecten van de M&I verrichtingen nagegaan.

In het navolgende zal waar mogelijk een vergelijking worden gemaakt met de gegevens die door Vektis zijn gevonden (Mokveld et al., 2007). Achtereenvolgens behandelen we de resultaten met betrekking tot de inschrijftarieven, de reguliere verrichtingen door de huisarts, de verrichtingen door de praktijkondersteuner (POH), de incidentele en acute zorgverlening (passanten), en de verrichtingen in het kader van Modernisatie & Innovatie.

7.2 Inschrijftarieven

Voor wat betreft de inschrijftarieven, inclusief de ‘kwartjes voor digitale declaraties’ en de populatiegebonden vergoedingen, komen de LINH-gegevens goed in de buurt van de geraamde bedragen in het Vogelaar-akkoord. De uitkomsten van Vektis blijven (met €814 miljoen) beneden de raming. Hiervoor kunnen een aantal oorzaken worden genoemd.

Een belangrijk methodologisch punt betreft de wijze van extrapoleren naar een landelijk cijfer. Bij het extrapoleren naar een landelijk cijfers zijn wij steeds uitgegaan van een minimale en een maximale variant, zoals beschreven in hoofdstuk 2.3. Echter, zelfs in onze minimale variant komen wij met €831 miljoen minder laag uit (zie tabel 12).

Een andere oorzaak kan zijn dat in LINH alleen praktijken zijn meegenomen waarvan wij aannemen dat ze correcte gegevens hebben aangeleverd. 16 van de 89 praktijken zijn buiten beschouwing gelaten omdat er geen inschrijftarieven zijn gedeclareerd of omdat er andere vreemde zaken in zaten (bijvoorbeeld slechts 8 keer één patiënt gedeclareerd). Het is onduidelijk hoe deze afwijkingen ontstaan, maar dergelijke afwijkende praktijken kunnen tot afwijking leiden in de Vektis cijfers ten opzichte van de LINH-gegevens. Deze laatste geven een beeld van een ‘normaal’ verloop, als een huisartspraktijk voor 100% van zijn patiënten declareert.

Een derde mogelijke oorzaak is dat er aanmerkelijke verschillen zijn tussen verzekeraars in de gegevens van Vektis. Er zijn verzekeraars bij waar maar voor 60% van de verzekeren is gedeclareerd. Het is aannemelijk dat het hier gaat om verwerkingsachterstanden; het is niet aannemelijk dat er verzekeraars zijn waarbij maar 60% van de patiënten zijn ingeschreven bij een huisarts.

De conclusie is dat het aantal declaraties inschrijftarieven niet hoger ligt dan verwacht. Wel is het belangrijk dat we op dit punt verder moeten monitoren met speciale aandacht voor achterblijvende praktijken en verzekeraars.

7.3 Verrichtingen huisartsen

Het aantal door huisartsen gedeclareerde verrichtingen ligt ongeveer 17% boven de raming. Dit ligt in de lijn van de getallen gepresenteerd door Vektis die 16% boven de raming uitkomt. Niettemin roept deze bevinding een aantal vragen op.

De eerste vraag is of de raming, die mede was gebaseerd op LINH-gegevens uit 2003, klopte. Deze raming was gebaseerd op een extrapolatie van het declaratiepatroon van particulier verzekerden naar ziekenfondsverzekerden. Verondersteld is dat het declaratiepatroon na de stelselwijziging hetzelfde zou blijven als bij de particulier verzekerden in 2003. Wij zien dan dat de destijds geraamde aantallen consulten, visites en telefonische consulten goed overeenkomen met de werkelijke aantallen gedeclareerde verrichtingen. De overschrijdingen komen uitsluitend op het conto van de extra lange consulten en visites, en de herhaalrecepten.

Bij de interpretatie moeten twee dingen worden bedacht. In de eerste plaats zijn de voorheen particulier verzekerden, nu zij in de basisverzekering vallen, allemaal voor huisartsenzorg verzekerd. In de tweede plaats zijn de tarieven veel lager dan voorheen (€9 versus €24,80). Dit zal in twijfelgevallen er toe leiden dat er eerder wordt gedeclareerd. Als een consult 21 minuten duurt dan zal een huisarts eerder €18 in plaats van €9 declareren dan €49,60 versus €24,80. Hetzelfde geldt voor herhaalrecepten (tarief €4,50 versus voorheen €12,40).

Een tweede vraag die we kunnen stellen is of de zorgvraag is toegenomen. Voor de voorheen particulier verzekerden is de huisarts immers gratis geworden, terwijl deze zorg vroeger ten koste ging van eigen risico's of zelfs helemaal zelf betaald moest worden.

Daartoe is het aantal ‘zorgcontacten’ in 2006 vergeleken met 2005. Op grond hiervan blijkt dat er sprake is van een (geringe) stijging van het zorggebruik van 1,7%, die, zoals te verwachten viel, vooral op het conto komt van de voorheen particulier verzekerden (stijging 2,2% versus 0,3% bij voorheen ziekenfondsverzekerden). Dit draagt ook bij aan het gevonden effect bij de declaraties van verrichtingen, zij het in slechts geringe mate.

Overigens worden onze gegevens over de ontwikkeling van het zorggebruik ondersteund door recente gegevens van het CBS, waaruit een vergelijkbare trend naar voren komt voor wat betreft het gemiddelde aantal huisartsencontacten per jaar (CBS webmagazine, 2007). In een vergelijking van het gemiddeld aantal contacten over de jaren 2001 t/m 2005 met de contacten in 2006 vond het CBS ook een toename bij (voormalig) particulier verzekerden, en een afname bij ziekenfonds verzekerden. De gevonden verschillen waren (net als bij ons) klein.

7.4 Praktijkondersteuning huisartsen (POH)

Ruim de helft (57%) van de praktijken van LINH blijkt POH-verrichtingen te declareren. Hier vinden we dat duidelijk meer wordt gedeclareerd dan verwacht, zowel voor wat betreft de POH-consulten als de declaratie van de POH-module (zie tabel 12). De verhouding tussen consulten en module (1:2) is echter wel in overeenstemming met de verwachting uit het Vogelaar-akkoord. Bovendien wordt in het Vogelaar-akkoord gesproken van een ‘open einde’-regeling. Het belangrijkste dat uit deze resultaten te concluderen valt is dan ook dat de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk sterk in opkomst is (wellicht sterker dan ten tijde van het Vogelaar-akkoord werd gedacht). Ook Vektis vindt hogere cijfers dan geraamd, maar deze zijn wel duidelijk lager dan de cijfers uit Linh (vooral voor wat betreft de POH-consulten). Dit laatste valt vooralsnog niet te verklaren.

7.5 Verrichtingen Modernisatie en Innovatie (M&I)

Het aantal gedeclareerde verrichtingen in de module M&I leiden tot aanzienlijk hogere kosten dan geraamd. Dit is overeenkomstig met de bevindingen van Vektis. Wel vonden we grote variatie tussen praktijken in het declareren van M&I verrichtingen, wat een weerspiegeling is van het feit dat een overeenkomst afgesloten moet worden met de verzekeraar, voordat gedeclareerd kan worden. Niet alle huisartsen hebben een dergelijke overeenkomst.

Ook is gebleken dat een hoger aantal declaraties samen gaat met een hoger aantal verwijzingen. Dit laatste betekent dat er geen directe aanwijzing bestaat voor één van de belangrijkste doelstellingen van de M&I-verrichtingen: de substitutie van de tweede naar de eerstelijns. Groenewegen (1990) vond (met een vergelijkbare methode van onderzoek) wél duidelijke aanwijzingen voor een substitutie effect: huisartsen die veel verrichtingen uitvoeren bleken inderdaad minder te verwijzen. In het onderzoek van Groenewegen was echter geen sprake van een declaratiesysteem zoals dat van de M&I. In een onderzoek

zoals dat van Denoij (1994, zie ook paragraaf 1.2) wordt wél ingegaan op de effectiviteit van een dergelijk systeem. Daarbij werd geen effect gevonden, naar werd aangenomen doordat de additionele inkomsten voor huisartsen dermate laag waren (de verrichtingen kwamen relatief weinig voor en de bedragen waren niet hoog) dat nauwelijks sprake is van een prikkel.

Over verklaringen kunnen we voorlopig alleen speculeren. Wel moet er op gewezen worden dat we hier het aantal gedeclareerde verrichtingen hebben bekeken. We hebben geen zicht op de verrichtingen die wel uitgevoerd, maar niet gedeclareerd zijn. Ook kan het zijn dat deze nieuwe situatie enige ‘gewenning’ nodig heeft, mede omdat er in 2006 relatief veel aandacht is uitgegaan naar administratieve zaken. Het strekt dan ook tot aanbeveling de ontwikkelingen op dit gebied te blijven monitoren.

7.6 Incidentele en acute hulpverlening (Passanten)

De declaraties van het passantentarief blijven ver beneden de raming. Er wordt dus veel minder gebruik van gemaakt dan verwacht. Daarbij wordt het tarief lang niet altijd terecht toegepast: er zit nog veel ‘ruis’ in de wijze van declareren. Dit laatste wordt ook weerspiegeld in de aanzienlijk lagere cijfers die Vektis vindt: kennelijk worden lang niet alle gedeclareerde passantenverrichtingen uitgekeerd, waarschijnlijk als gevolg van onterechte declaraties. Wellicht dat voorlichting hier nog iets aan kan verbeteren.

7.7 Besluit

De introductie van de Zorgverzekeringswet van 1 januari 2006 behelst een spectaculaire verandering van de kostensystematiek, waar al decennia over gepraat is. Nu ruim een jaar na de realisatie het stof weer is gaan liggen kunnen de eerste resultaten worden opgetekend. Dit rapport heeft zich gericht op het eerste jaar, en daarbij moet een aantal zaken in het oog worden gehouden. Zo hebben zowel de huisartsen als de verzekeraars grote veranderingen te verwerken gekregen. In onze data zagen wij de moeite die sommige praktijken hiermee hadden terug in typische afwijkingen, zoals het consequent declareren met verkeerde codes, of het nalaten inschrijftarieven te declareren. In de loop van 2006 zagen we dat deze kinderziektes zich langzaam maar zeker oplosten. Van andere veranderingen, die minder frequent voorkomen dan de reguliere consulten en visites, valt te verwachten dat de ontwikkelingen nog steeds gaande zijn. Voor een eventueel substitutie-effect van M&I verrichtingen, en het (op een juiste wijze) declareren van passanten kan dit bijvoorbeeld het geval zijn. Een ander aspect van de stelselherziening dat wellicht nog tot volledige wasdom moet komen betreft de overeenkomsten die de huisartsen met zorgverzekeraars kunnen aangaan. De effecten van dit soort ontwikkelingen kunnen alleen met een constante monitoring in kaart worden gebracht.

8 Literatuur

Boerma WGW. *Profiles of general practitioners in Europe. An international study of variations in the tasks of general practitioners*. utrecht: NIVEL, 2003

CBS. *Statline* (www.cbs.nl). Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001

CBS. Webmagazine 6 juni 2007 (<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2007/2007-2206-wm.htm>). Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2007

CTG-Zaio. *Tariefbeschikking Huisartsenzorg ingangsdatum 01-01-2006*, 2005

De Bakker DH, Verheij RA, Abrahamse HA, Jabaaij L. *5-Eurotarief tegen het licht: ingrijpende veranderingen in honoreringssysteem van huisartsen*. Medisch Contact, 2005; 60(6): p.227-230

Delnoij DMJ. *Physician payment systems and cost control*. Utrecht: NIVEL, 1994

Flierman HA. *Changing the payment system of general practitioners*. Utrecht: NIVEL, 1991

Groenewegen, PP. *Verrichtingen in de huisartspraktijk: een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie*. Medisch Contact, 45 (19), 1990.

Mokveld PhJ, Smit M, Neijmeijer S. *Monitoring Vogelaarakkoord 2006. Eindrapport*. Vektis, 2007

Verheij RA, Te Brake H, Abrahamse HA, Hoogen van den H, Braspenning J, van Althuis T. *Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.LINH.nl>> Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2006*

Verheij RA, Te Brake H, Abrahamse HA, Hoogen van den H, Braspenning J, van Althuis T. *Netherlands Information Network of General Practice. Facts and figures about general practitioner care in the Netherlands <<http://www.LINH.nl>>*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2006

Vermaas A. *Agency, managed care and financial risk sharing in general medical practice*. Erasmus University of Rotterdam, 2006

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

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

Bijlage 1

Ramingen aantallen declarabele contacten ten behoeve van vaststelling van invoering van een nieuw bekostigingssysteem van huisartsen

Dinny de Bakker, Harald Abrahamse, 27-4-2005

Per 1 januari 2006 wordt een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd voor huisartsen. Onderdeel van dit bekostigingssysteem is een tarief per consult. Een consulttarief gold tot dusver alleen voor particulier verzekerden; het zal vanaf 1 januari dus ook gaan gelden voor de huidige ziekenfondsverzekerden (het onderscheid verdwijnt immers). Voor invoering van een consulttarief is macro €467 miljoen beschikbaar. Om tot een tarief te komen wordt dat bedrag gedeeld door het verwachte aantal contacten, gedifferentieerd naar hoogte van de tarieven van de verschillende soorten contacten. In onderstaande tabellen zijn deze aantallen berekend voor zowel particulier als ziekenfondsverzekerden. Wij hebben ons daarbij gebaseerd op cijfers van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg over het jaar 2003 (LINH). Voor verdere uitleg over de methodiek wordt verwezen naar www.linh.nl; (Verheij et al., 2006) en naar (De Bakker et al., 2005).

Particulier verzekerden

Bij particulier verzekerden is gekeken naar de aantallen contacten per patiënt waarbij declaraties hebben plaatsgevonden. Niet bij alle contacten vinden declaraties plaats door diverse oorzaken (administratieve contacten als bijvoorbeeld inschrijven van specialistbrieven of labuitslagen worden nl. soms als contact geregistreerd). Het aantal declarabele contacten met particulier verzekerden bedraagt 3,38 (tabel A). Als we dit wegen naar de verschillen in hoogte van het tarief komen we uit op 2,75. In dit getal zijn geen contacten meegenomen die niet declarabel zijn onder de nieuwe zorgverzekeringswet. Hierbij gaat het om:

- griepvaccinaties (deze worden vergoed uit de AWBZ);
- activiteiten i.h.k. het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (idem)
- kleine chirurgische ingrepen (deze worden vergoed i.h.k. van de zogenoemde RIZ-gelden)
- weinig voorkomende declaraties (afgerond minder dan 0,05% van het aantal declaraties), waarvan het declareerbaar zijn niet duidelijk is; hieronder vallen onder meer keuringen, maar ook bijvoorbeeld 'hechtmateriaal'.

Declarabele contacten met passanten zijn wél opgenomen in de gegevens. Tabel A laat zien dat dit maar een geringe invloed op het totaal heeft.

Tabel A: Aantallen contacten per particulier patiënt per jaar in 2003.

| | Contacten | Waarvan gedeclareerd | | |
|------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------|
| | | Totaal | Passanten | Excl passanten |
| Onbekend | 0,65 | 0,01 | 0,00 | 0,01 |
| Visite | 0,14 | 0,12 | 0,00 | 0,12 |
| Consult | 2,08 | 1,84 | 0,03 | 1,81 |
| Telefonisch | 0,49 | 0,40 | 0,00 | 0,40 |
| Overig | 0,16 | 0,01 | 0,00 | 0,01 |
| Recept | 1,50 | 1,00 | 0,02 | 0,97 |
| Totaal | 5,02 | 3,38 | 0,06 | 3,33 |
| Consulteenheden* | 3,37 | 2,75 | 0,05 | 2,71 |

* Consultfrequentie gewogen naar hoogte van het tarief (onbekend x 1)

Ziekenfondsverzekerden

Bij ziekenfondsverzekerden kunnen we ons niet baseren op werkelijk gedeclareerde contacten. We weten omdat daar immers tot op heden een abonnementstarief was. We weten wel de contactfrequentie bij ziekenfondsverzekerden naar soort contact. We hebben daarom de declarabele contacten bij ziekenfondsverzekerden gebaseerd op het percentage declarabele contacten bij particulier verzekerden. Deze exercitie is per praktijk deelnemend aan LINH gedaan. De veronderstelling is dus dat binnen een praktijk het percentage declarabele contacten bij ziekenfondsverzekerden gelijk zal zijn als bij particulier verzekerden. Tabel B laat de getallen zien. De raming komt uit 5,15 declarabele contacten per ziekenfondsverzekerde patiënt per jaar. Gewogen naar tariefhoogte is dat 3,95 consulteenheden.

Tabel B: Raming aantallen contacten per ziekenfondsverzekerde patiënt per jaar in 2003

| | Contacten | Waarvan gedeclareerd | |
|------------------|-----------|----------------------|----------------|
| | | Totaal | Excl passanten |
| Onbekend | 1,01 | 0,02 | 0,02 |
| Visite | 0,27 | 0,23 | 0,23 |
| Consult | 2,62 | 2,32 | 2,28 |
| Telefonisch | 0,70 | 0,57 | 0,57 |
| Overig | 0,19 | 0,01 | 0,01 |
| Recept | 2,85 | 1,90 | 1,86 |
| Totaal | 7,64 | 5,15 | 5,06 |
| Consulteenheden* | 4,90 | 3,95 | 3,88 |

* Consultfrequentie gewogen naar hoogte van het tarief (onbekend x 1)

Voorbehoud

Een belangrijk voorbehoud dat bij deze berekeningen moet worden gemaakt is dat dit alles onder de aanname is dat het aantal (declarabele) contacten niet zal veranderen. Dat kan komen door veranderend gedrag van patiënten, bijvoorbeeld doordat zij het consult zelf moeten betalen, of door veranderend gedrag van huisartsen, bijvoorbeeld omdat zij hun omzet zien verminderen. De hoogte van het tarief (met ruim €7 aanmerkelijk lager dan het huidige particulier tarief) maakt grootscheepse veranderingen overigens niet heel waarschijnlijk.

Bijlage 2

Minimum en maximum tarieven (afhankelijk van verzekeraar) in euro. Bron:

www.huisartsvandaag.nl)

| Verrichting | Code | Max | Min |
|--|-------|-------|-------|
| Audiometrie | 13000 | 25,5 | 25,5 |
| Diagnostiek met behulp van Doppler | 13001 | 51 | 51 |
| Allergietest | 13002 | 51 | 25,5 |
| Tympanometrie | 13003 | 25,5 | 25,5 |
| Longfunctiemeting (= spirometrie) | 13004 | 51 | 25,5 |
| ECG-diagnostiek (ECG maken, interpreteren en bespreken met | 13005 | 51 | 25,5 |
| Spleetlamponderzoek | 13006 | 51 | 25,5 |
| Tele-echo, tele-röntgen, tele-hartmonitoring op de waddeneilanden | 13007 | 102 | 100 |
| Bloeddrukmeting gedurende 24-uur, hypertensiemeting | 13008 | 51 | 25,5 |
| Teledermatologie | 13009 | 51 | 25,5 |
| Cognitieve functietest (MMSE) | 13010 | 51 | 38,25 |
| Hartritestoornissen | 13011 | 51 | 25,5 |
| Chirurgie | 13012 | 76,5 | 51 |
| Chirurgie in geval van cosmetiek | 13013 | 76,5 | 76,5 |
| Tapen | 13014 | 51 | 25,5 |
| Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris | 13015 | 51 | 38,25 |
| Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, in de | 13016 | 25,5 | 25,5 |
| Postoperatief consult inclusief verwijdering hechtmateriaal, thuis | 13017 | 51 | 37,75 |
| Verrichting ter vervanging specialistenbezoek | 13018 | 38,25 | 25,5 |
| Trombosebeen | 13019 | 153 | 25,5 |
| Varices sclerosering | 13020 | 76,5 | 25,5 |
| Varices sclerosering in geval van cosmetiek | 13021 | 76,5 | 76,5 |
| Desensibilisatiekuur | 13022 | 51 | 25,5 |
| Therapeutische injectie (Cyriax) | 13023 | 25,5 | 25,5 |
| Oogboring | 13024 | 51 | 25,5 |
| Aanmeten en plaatsen pessarium | 13025 | 25,5 | 25,5 |
| Urinekatheterisatie | 13026 | 51 | 25,5 |
| MRSA-screening | 13027 | 76,5 | 25,5 |
| Otitis externa | 13028 | 51 | 25,5 |
| Diabetes begeleiding per jaar | 13029 | 76,5 | 38,75 |
| Diabetes – instellen op insuline | 13030 | 38,25 | 38,25 |
| COPD-gestructureerde zorg per jaar | 13031 | 76,5 | 25,5 |
| Palliatieve consultatie, visite | 13032 | 102 | 102 |
| Palliatieve consultatie, telefonisch | 13033 | 25,5 | 25,5 |
| Intensieve zorg, visite, dag | 13034 | 51 | 37,2 |
| Intensieve zorg, visite langer dan 20 minuten, dag | 13035 | 76,5 | 62 |
| Intensieve zorg, ANW visite | 13036 | 76,5 | 49,1 |
| Intensieve zorg, ANW visite langer dan 20 minuten | 13037 | 127,5 | 81,8 |
| Euthanasie | 13038 | 204 | 102 |
| Reizigersadvisering | 13039 | 51 | 51 |
| Sterilisatie man | 13040 | 400 | 204 |
| Besnijdenis | 13041 | 204 | 153 |
| IUD inbrengen/ Implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje | 13042 | 51 | 51 |
| Gestructureerde huisartsenzorg in verzorgingshuis | 13043 | 47,25 | 47,25 |
| Gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang | 13044 | 187,2 | 187,2 |